353

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1906 — N° —

RECHERCHES STATISTIQUES

SUR LA PROPORTION

DES AFFECTIONS CONTAGIEUSES

OBSERVÉES DANS UNE

CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 5 Juillet 1906 à 1 heure

PAR

RAYMOND AUGÉ

Président	M. DE LAPERSONNE, *professeur.*
Juges.	MM. BERGER, *professeur.*
	BUDIN, *professeur.*
	DEMELIN, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1906

A MA FEMME

A MES PARENTS

A MA SŒUR

Témoignage de ma profonde affection

A M. LE DOCTEUR TRIFAUD

Médecin principal de 1re Classe

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire de Toulouse

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER

M. le Professeur SABATIER, doyen

M. le Professeur FLAHAULT

M. le Professeur DELAGE

M. le Docteur SOULIER

MM. les Docteurs E. de ROUVILLE, CALVET, MOURGUES et DECROCK.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Docteur LUCAS CHAMPIONNIÈRE

M. le Professeur HAYEM

M. le Docteur JOSIAS

M. le Professeur PINARD

MM. les Docteurs THIERCELIN, TOLLEMER, VEAU, BENSAUDE, ROSENTHAL, CASTAIGNE, GHIKA, CHAILLOUS et BÉAL

A MES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MORAX
Ophtalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR LE DOCTEUR KALT
Médecin de la Clinique Nationale des Quinze-Vingt

Hommage de ma profonde et respectueuse reconnaissance

INTRODUCTION

Il suffit de suivre une consultation d'ophtalmologie, pour être frappé du grand nombre d'affections contagieuses que l'on y rencontre.

Les conjonctivites, pour ne citer que les plus caractéristiques et les plus nettement disséminables d'entre elles, paraissent compter parmi les plus fréquentes des maladies de l'œil.

D'ailleurs, il n'y a pas seulement des affections oculaires dans les consultations d'yeux et un certain nombre de sujets y viennent, porteurs de maladies générales éminemment transmissibles.

Celles-ci sont tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, la cause des lésions de l'appareil de la vision qui amènent le malade, tantôt elles coïncident fortuitement avec une maladie oculaire quelconque.

Dans les deux cas, le sujet peut naturellement devenir, grâce à la promiscuité de la salle d'attente, le point de départ de nouveaux foyers épidémiques.

Nous inspirant des conseils de M. le Docteur Morax, notre excellent maître, nous avons eu l'idée d'essayer d'établir aussi exactement que possible, la fréquence de ces affections contagieuses, ce qu'elle était pour chacune d'elles et si elle était soumise à des variations périodiques.

Un intérêt autre que celui de la statistique pure nous parut

attaché à ce travail : il s'agissait de « maladies évitables » et la connaissance de leur fréquence relative pouvait peut-être devenir le point de départ de certaines mesures prophylactiques. En tous cas de telles mesures ne pouvaient que gagner en efficacité en s'appuyant sur des données plus précises. Suivant le même ordre d'idées, notre attention fut attirée vers un nouveau sujet. On connaît la grande fréquence des localisations oculaires de la syphilis. Parmi les malades présentant de semblables manifestations, beaucoup sont porteurs de lésions cutanées ou muqueuses susceptibles, semble-t-il, de faire d'eux des agents de contamination spécifique. D'ailleurs les cas où des personnes, des médecins surtout, furent inoculés grâce aux particules de salive projetées dans un accès de toux par un sujet présentant des syphilides buccales, ne sont pas des raretés

Mais de telles contaminations, dans une salle d'attente de consultation, ne nous ont guère parues possibles. De plus, il est difficile de dénombrer exactement les syphilitiques contagieux et ceux qui ne le sont pas et l'on ne saurait raisonnablement parler d'isolement, pour un malade atteint d'iritis ou de névrite spécifiques sans autres manifestations actuelles de la maladie.

C'est pourquoi nous avons fait à la syphilis une place à part, considérant ses manifestations surtout comme termes de transition entre les maladies contagieuses et les autres. Le chapitre qui lui a été consacré a été surtout rédigé au point de vue documentaire.

Ce travail a été entièrement fait à la consultation d'ophtalmologie de l'hôpital Lariboisière dont l'activité nous offrait un champ d'observation suffisamment vaste.

Afin de lui donner une portée aussi générale que possible, nous l'avons étendu à trois années successives, du 1er mars 1903 au 1er mars 1906, de telle sorte que les statistiques portent sur 14.528 cas. Pour les dresser nous avons utilisé deux séries de documents.

D'abord le journal sur lequel sont journellement consignés les diagnostics et les particularités intéressantes qui les accompagnent ; ensuite et surtout, les observations qui sont systémati-

quement prises chaque fois que l'analyse d'un cas exige un développement un peu étendu.

Les maladies ont été relevées et groupées par périodes mensuelles en notant au fur et à mesure ce que certaines d'entre elles présentaient intéressant notre sujet. De la sorte nous avons pu non seulement apprécier la fréquence en bloc d'une affection donnée, mais encore enregistrer les variations périodiques qu'elle pouvait présenter.

Conformément à ce que nous avons dit plus haut nous avons divisé notre travail en trois parties :

Dans la première partie sont étudiées les affections oculaires contagieuses.

La deuxième partie est réservée aux maladies contagieuses n'affectant pas ou n'affectant que secondairement l'appareil de la vision et ses annexes.

Dans la troisième partie, est fait le relevé des manifestations diverses de la syphilis enregistrées à la consultation.

Enfin nous terminons ce travail par de brèves considérations touchant les faits qui se dégagent de ces statistiques.

PREMIÈRE PARTIE

LES AFFECTIONS CONTAGIEUSES DE L'ŒIL ET DES ANNEXES

Les conjonctivites

Les conjonctivites forment le groupe de beaucoup le plus important de ce chapitre. Elles comptent parmi les plus fréquentes des maladies de l'œil et la facilité avec laquelle elles se disséminent est telle pour certaines d'entre elles, que l'on a pu parler d' « épidémies de conjonctivites ».

Nous inspirant des travaux de M. Morax, nous avons adopté pour leur étude une classification basée le plus possible sur leur étiologie.

Certes le diagnostic clinique basé sur l'aspect de la maladie, sur les commémoratifs, sur la notion de contagiosité peut fournir d'utiles données diagnostiques. Mais on risque en l'utilisant seul, de réunir dans un même groupe des affections différentes, par exemple, dans celui des conjonctivites à fausse membrane, la conjonctivite diphtérique et certains cas de conjonctivite à bacille de Weeks.

Seul, l'examen bactériologique systématiquement pratiqué permet d'éviter à coup sûr de pareilles confusions et seul aussi donne la possibilité d'instituer un traitement rationnel basé sur l'étiologie. De plus et c'est pour nous le point important, il donne des renseignements précis sur les caractères de transmissibilité

ou non d'une conjonctivite. « Ce n'est pas parce qu'une conjonctivite s'accompagne d'une réaction catarrhale ou purulente qu'elle est plus ou moins contagieuse. Certaines conjonctivites purulentes ne sont nullement transmissibles alors que des conjonctivites catarrhales, si bénignes qu'on n'y attache aucune importance, sont contagieuses à un haut degré et peuvent engendrer des conjonctivites purulentes graves » (1).

Ainsi que le fait remarquer M. Morax, « tandis que le renseignement fourni par l'examen microscopique de la sécrétion a une valeur absolue, les autres symptômes n'ont qu'une importance relative et secondaire » (2).

Nous nous sommes naturellement attachés à relever le nombre d'examens bactériologiques pratiqués. Malheureusement si l'examen microscopique extemporané de la sécrétion, complété lorsqu'il est nécessaire, par la culture et les inoculations est systématiquement pratiqué dans tous les cas, les résultats n'en ont pas toujours été consignés. De là, des lacunes qui, au cours de ce travail, nous ont souvent forcés de nous maintenir dans les limites d'une certitude relative.

Malgré cette cause d'erreur plus apparente que réelle, et pour les raisons que nous venons d'indiquer, nous avons divisé l'étude des conjonctivites de la façon suivante :

1° Conjonctivites causées par des microbes pathogènes spécifiques de la conjonctive humaine.

2° Conjonctivites causées par des microbes pathogènes non spécifiques de la conjonctive humaine.

3° Conjonctivite de nature encore indéterminée.

Au début de l'étude de chacune de ces conjonctivites nous résumerons, chaque fois que cela nous paraîtra utile, les données étiologiques pouvant intéresser le sujet, puis nous ferons ressortir les particularités se dégageant de la statistique.

1. Brun et Morax. *Thérapeutique oculaire*.

2. Morax. *Semeiologie oculaire* in *Encyclopédie française d'ophtalmologie*.

Conjonctivites causées par des microbes spécifiques de la conjonctive humaine

Conjonctivite à bacilles de Weeks.

Les travaux de Weeks, de M. Morax, de Weichselbaum et Müller, ceux plus récents de Hoffmann, ont nettement mis en lumière la nature spécifique de la conjonctivite aiguë contagieuse.

Le bacille de Weeks est un petit bacille fin, assez semblable morphologiquement au bacille de la septicémie de la souris. Il existe en abondance dans la secrétion conjonctivale où on l'observe, soit libre et isolé, soit en amas volumineux à l'intérieur des leucocytes. On peut l'isoler et le cultiver à l'état de pureté sur des milieux additionnés de sérosités humaines. Il est décoloré par le Gram.

Tels sont les caractères qui permettent de le reconnaître et c'est sur eux surtout que doit se baser le diagnostic de la conjonctivite aiguë contagieuse. En effet, si cliniquement cette affection revêt le plus souvent chez l'adulte le type de la conjonctivite catarrhale aiguë et est alors tout à fait caractéristique, il n'est pas rare de lui voir par son intensité, simuler la conjonctivite purulente ou même pseudo-membraneuse ou au contraire affecter une allure subaiguë et même chronique. C'est chez l'enfant surtout que cette dernière évolution se voit : après une poussée aiguë ou même d'emblée, l'affection s'immobilise pendant des mois sur une conjonctivite à peine injectée et qui peut paraître saine à un examen superficiel ; et c'est sous cette forme presque latente qu'elle sera le point de départ de nouvelles infections Weeksiennes, c'est grâce à elle que persistera l'infection dans un milieu donné. La conjonctivite aiguë contagieuse est en effet la plus aisément transmissible des conjonctivites et est par conséquent à notre point de vue la plus intéressante d'entre elles : « La conjonctivite subaiguë, la conjonctivite blennorrhagique ou la conjonctivite diphtérique, sont certes des affections également

transmissibles, mais le gros caractère clinique c'est que, dans la famille où apparaît une conjonctivite aiguë contagieuse, on peut être certain d'en voir survenir d'autres cas alors que pour les autres infections la contamination d'autres membres de la famille est relativement beaucoup plus rare ; seule la conjonctivite à pneumocoques peut se transmettre et se disséminer avec une telle rapidité » (1).

Fréquence. — L'ubiquité de la conjonctivite à bacille de Weeks est aujourd'hui admise et on a rencontré celle-ci à peu près dans tous les grands centres, où elle est à l'état endémique.

Sa fréquence à Paris est très grande et dans les 36 mois sur lesquels a porté notre statistique nous avons pu en relever 412 cas. 175 possédaient le contrôle de l'examen bactériologique et celui-ci avait donné un résultat nul dans 14 cas seulement.

Il nous a d'ailleurs été facile de retrouver les circonstances qui avaient, malgré cela, autorisé le diagnostic de conjonctivite aiguë contagieuse. Par exemple :

N° 9510 (2). G... Léonie, 23 ans, ménagère, se présente le 24 janvier 1905 à la consultation d'ophtalmologie de Lariboisière.

Elle présente du catarrhe conjonctival aigu bilatéral à forme assez intense.

L'examen microscopique extemporané de la sécrétion n'y révèle la présence d'aucun microorganisme caractéristique.

Mais la malade est accompagnée de sa fille, G... Madeleine, âgée de 18 mois, qui elle aussi est porteuse d'une affection conjonctivale cliniquement semblable mais dont la sécrétion renferme du bacille de Weeks en très grande abondance imposant le diagnostic à la fois pour l'enfant et pour la mère.

237 diagnostics de conjonctivite aiguë contagieuse n'étaient accompagnés d'aucun contrôle bactériologique, soit que la

1. Morax in *Encyclopédie Française d'ophtalmologie.*

2. Le numéro qui accompagne chaque observation citée au cours de ce travail, est le numéro d'inscription du malade, sur les registres de la consultation d'ophtalmologie de Lariboisière.

netteté clinique des cas observés ait dispensé de le faire, soit surtout qu'on ait par oubli omis de noter ce dernier.

Nous avons d'ailleurs pour un grand nombre de ces cas, pu retrouver des particularités cliniques donnant au diagnostic toute sa rigueur ; tels, les faits de conjonctivite familiale avec examen bactériologique positif pratiqué pour un des malades seulement. Dans d'autres cas, la notion de la transmissibilité remarquable de la maladie et qui constitue peut-être son symptôme dominant, a pu suffire.

G... Georges, 6 ans (n° 12.654) ; Br... Louis, 6 ans (n° 12.656) ; D... Charles, 7 ans (n° 12.657) ; D... Louis, 8 ans (n° 12.658) ; Le D... Lucienne, 5 ans (n° 12.659) venus tous les cinq de l'école de l'Hôpital Saint-Louis présentent du catarrhe conjonctival bilatéral intense apparu successivement chez chacun d'eux à très court intervalle.

A défaut d'autre donnée, cette dissémination rapide de l'affection parmi des enfants vivant ensemble permet d'affirmer une infection d'origine Weeksienne.

Influence des saisons. — La répartition de ces 412 cas entre les divers mois de l'année étant fort inégale, nous nous sommes demandés si elle obéissait à une influence saisonnière.

Lakah et Khouri (1), qui s'étaient livrés en Egypte à des recherches analogues, étaient arrivés à un résultat positif.

Leurs courbes, établies pour seize mois consécutifs et comparativement avec celles de la température moyenne et de l'état hygrométrique moyen du pays, indiquent un accroissement net de la fréquence des conjonctivites à bacille de Weeks, en mai, juin et juillet.

En hiver au contraire, le nombre des cas diminue considérablement, pour tomber presque à zéro, en décembre, janvier et février.

La courbe des conjonctivites reproduit en l'exagérant, la courbe de la température moyenne.

1 Lakah et Khouri. « Fréquence relative des différentes affections conjonctivales aiguës à Alexandrie » (Egypte). *Ann. d'Ocul.*, t. CXXVII.

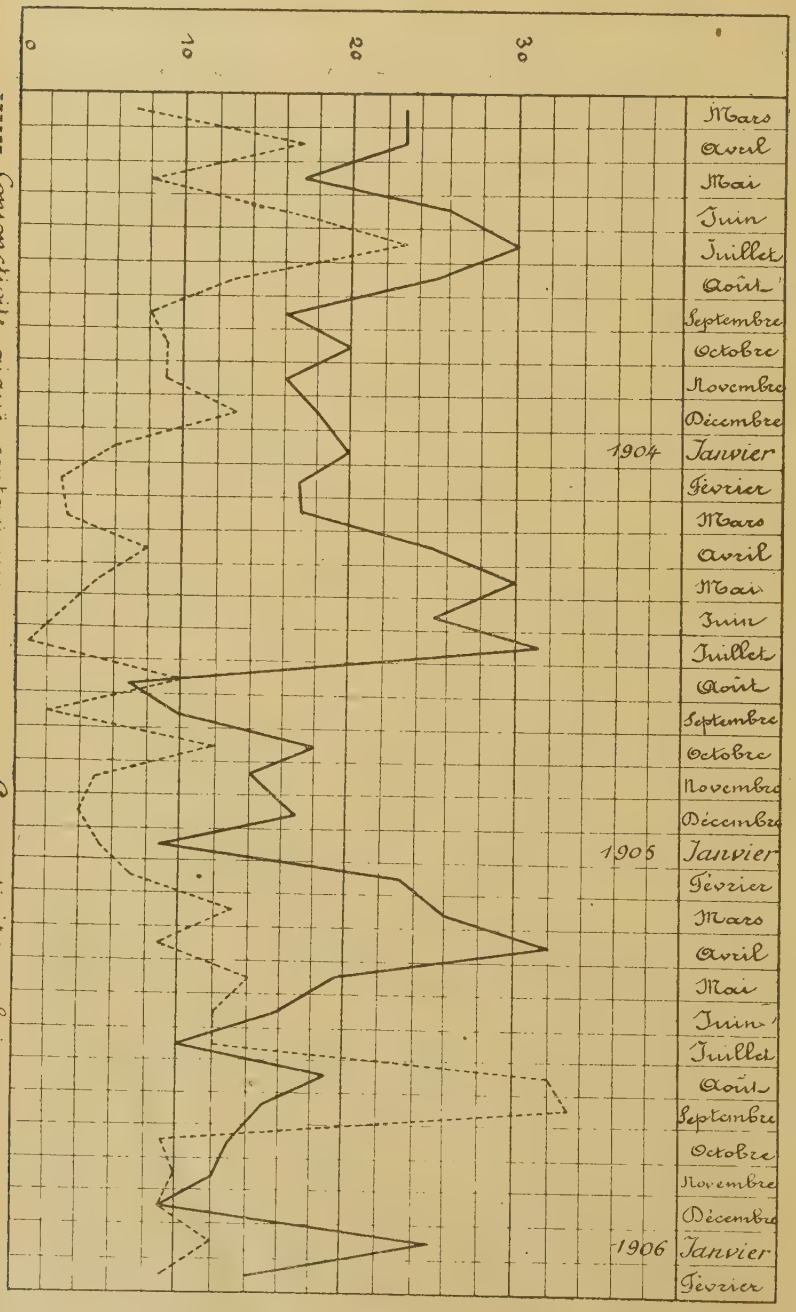

0
10
20
30
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
1904 Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
1905 Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
1906 Janvier
Février
------ Conjonctivite aiguë contagieuse
—— Conjonctivite subaiguë

TABLEAU I

Il n'en est pas de même à Paris. Il est facile d'en juger si on se reporte au graphique ci-contre (tableau I) obtenu en notant sur les ordonnées le nombre de conjonctivites correspondant à chaque mois.

L'irrégularité de cette courbe contraste avec la régularité de celle de Lakah et Khouri. Envisagée dans son ensemble et sans tenir compte des détails, elle présente deux maxima, coïncidant avec les mois chauds, l'un en juillet 1903, l'autre en août et septembre 1905 ; mais sa dépression la plus forte se produit précisément en juillet 1904, où a été noté un seul cas de conjonctivite catarrhale aiguë.

Avant d'aller plus loin nous devons mentionner une cause d'erreur qu'il nous a été impossible d'éviter et qui, supprimée, eut peut-être modifié partiellement la forme du graphique : en août et septembre 1905 durant l'absence du chef de service très peu d'examens bactériologiques furent pratiqués et un grand nombre de conjonctivites furent simplement désignées sous le nom de conjonctivites catarrhales sans autres mentions étiologiques. Faute de mieux, nous avons classé toutes ces dernières sous le nom de conjonctivites aiguës contagieuses.

Mais comme tous les catarrhes conjonctivaux aigus ne sont pas causés par le bacille de Weeks, il est probable que la forte et brusque ascension de la courbe à cette époque est due, au moins en partie, à un appoint de conjonctivites d'une origine différente.

Malgré cela, le graphique montre suffisamment, que la fréquence de la conjonctivité subaiguë présente des variations étendues, irrégulières et paraissant à peu près indépendantes de la marche des saisons.

Par contre, l'irrégularité de la courbe ne permet guère de soupçonner à quelles influences obéissent ses oscillations.

Influence de l'âge des malades. — Lakah et Khouri qui avaient recherché pour chaque mois de l'année, comment se répartissait la conjonctivite à bacille de Weeks entre les malades de tout âge, étaient arrivés à des résultats nets et intéressants : l'accroissement du nombre de ces conjonctivites au moment

des mois chauds était dû en majeure partie à l'augmentation de leur fréquence chez les enfants de 0 à 15 ans.

Pour les adultes, l'augmentation, bien que manifeste, était infiniment moins accusée. Un graphique dressé par ces auteurs est à cet égard tout à fait démonstratif.

Cependant, la réceptivité de l'adulte à l'égard du bacille de Weeks est égale à celle de l'enfant : les expériences de M. Morax, l'observation clinique journalière, le montrent nettement et dans nos climats tempérés l'infection weeksienne paraît frapper avec plus d'égalité les individus de tout âge. Cela paraît également ressortir de ces statistiques.

Nous avons recherché quelle était la répartition des conjonctivites aiguës contagieuses entre les divers âges : chez le nouveau-né, jusqu'à 3 ans, période de fréquentation de la crèche, de 3 à 15 ans, période scolaire, enfin au-dessus de 15 ans. Voici quels ont été les résultats obtenus :

Nouveau-nés	3	
Jusqu'à 3 ans	100	237, soit 57,5 0/0 pour l'enfance
De 3 à 15 ans. . . .	134	
Au-dessus de 15 ans. .	175	soit 42,5 0/0 pour l'âge adulte.

Ici encore, différence au profit de l'enfance, mais en somme peu marquée et presque négligeable.

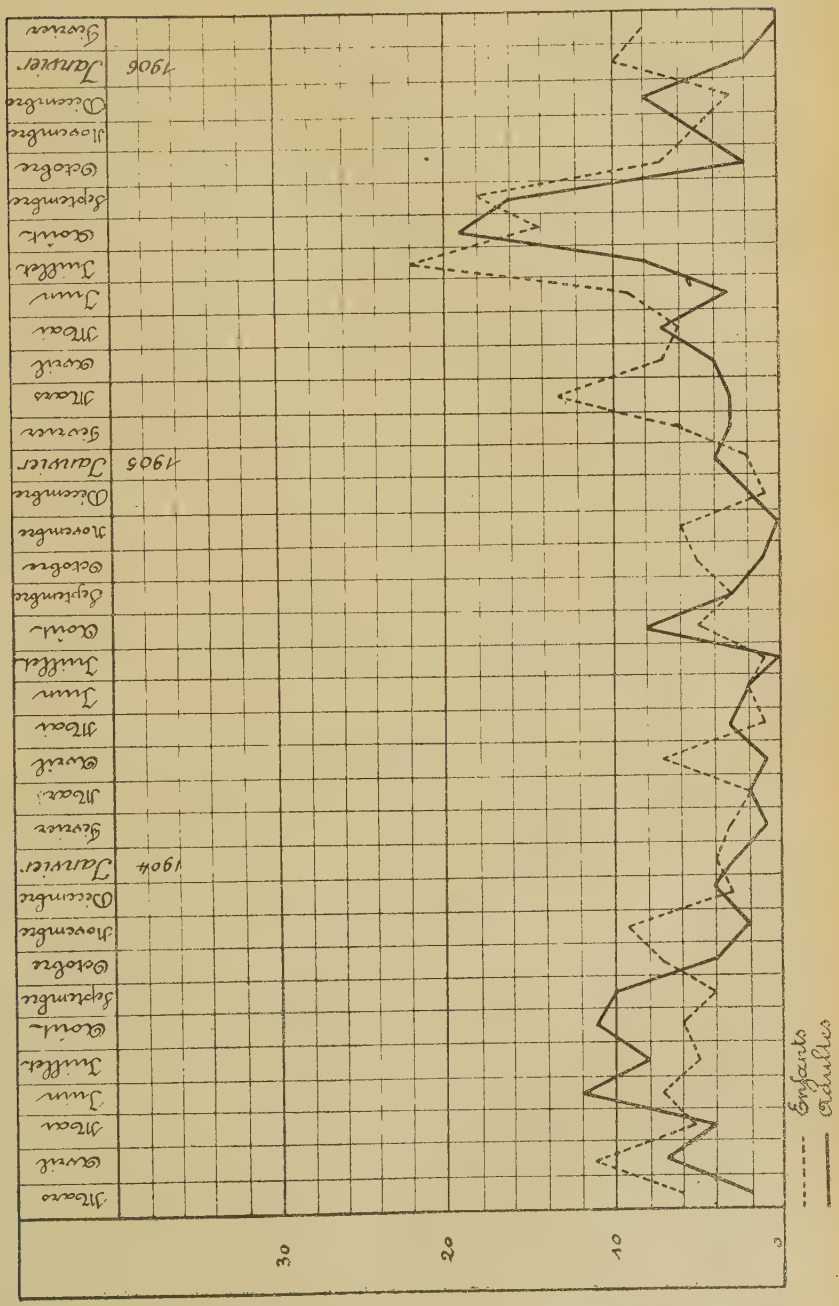
Notons en passant la rareté de la conjonctivite à bacille de Weeks chez le nouveau-né, rareté sur laquelle nous aurons à revenir plus loin.

Nous avons également recherché quelle part prenaient les malades d'âge divers aux variations mensuelles du nombre de ces conjonctivites et s'ils concouraient parallèlement à l'abaissement et au relèvement de ce dernier aux diverses époques de l'année.

A l'exemple de Lakah et Khouri, nous avons fait deux groupes de cas : ceux observés chez les malades âgés de 0 à 15 ans, ceux observés chez les adultes.

Le graphique ainsi obtenu (tableau II) montre, par l'entrelacement des deux courbes, qu'il n'existe aucun rapport entre

TABLEAU II


Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
1904 Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
1905 Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
1906 Janvier
Février
30
20
10
0
Enfants
Adultes

les variations respectives, de la fréquence des conjonctivites, chez ces deux catégories de sujets.

La courbe des enfants est franchement irrégulière et ne paraît obéir à aucune loi déterminée

Les oscillations de la courbe des adultes sont un peu moins capricieuses et dessinent trois maxima assez nets : en juin et août 1903, en août 1904 et en août 1905.

A quelles causes sont dues ces différences ? La réceptivité de l'adulte est-elle plus marquée au moment des mois chauds ? Résultent elles simplement de ce fait, qu'il s'agit de périodes de vacances, durant lesquelles, les enfants contaminés à l'école restent plus souvent en contact avec leurs parents et contaminent à leur tour ceux-ci ? Nous constatons le fait sans vouloir trop essayer de l'expliquer.

Conjonctivite subaiguë

Bien individualisée bactériologiquement et cliniquement par les travaux de M. Morax (1), la conjonctivite subaiguë est causée par un agent spécial, absolument spécifique de la conjonctivite humaine : l'examen de la sécrétion conjonctivale montre la présence de nombreux bacilles, le plus souvent volumineux, allongés et à extrémités arrondies. Quelques-uns sont phagocytés, mais le plus grand nombre reste libre entre les leucocytes.

Mais leur caractère principal est leur disposition diplobacillaire, si frappante par sa constance et sa régularité, qu'il suffit de l'avoir observée une fois pour ne plus l'oublier.

Cliniquement aussi, l'affection est assez caractéristique, grâce à la bénignité des symptômes et à leur durée, laquelle, chez les gens peu soigneux, peut être presque indéfinie.

Cette allure peu bruyante rend assez difficile la constatation de la contagiosité de l'affection ; mais les expériences de

1. Morax. « La conjonctivite subaiguë. Etude clinique et bactériologique ». *Annales d'oculistique*, 1897.

M. Morax (1), d'Axenfeld (2), d'Hoffmann (3) ne laissent aucun doute sur sa réalité.

A ce point de vue, elle mérite d'être placée dans notre travail immédiatement après la conjonctivite aiguë contagieuse, mais sa fréquence, du moins à Paris, la met en tête des conjonctivites d'origine microbienne.

En effet en 3 ans nous avons pu en relever 687 cas dont 258 accompagnés du résultat du contrôle bactériologique. Dans 24 cas seulement, celui-ci avait donné un résultat nul, du moins pour l'examen microscopique extemporané de la sécrétion conjonctivale. Comme nous l'avions fait pour la conjonctivite à bacille de Weeks, nous avons recherché, si l'infection diplobacillaire obéissait aux conditions climatériques, mais sans nous dissimuler que de toutes façons le résultat obtenu n'aurait qu'une signification douteuse. En effet, les symptômes, généralement peu pénibles de la maladie, amènent assez rarement le malade à la consultation dès le début, et il est fort difficile de préciser la date d'apparition d'une affection qui existe parfois depuis plusieurs mois sans causer au malade une gène considérable.

Ces réserves faites, on peut en jetant un coup d'œil sur le tableau n° 1, constater que la courbe de la conjonctivite diplobacillaire présente une régularité plus manifeste que la courbe de la conjonctivite aiguë contagieuse : trois maxima se détachent en juillet 1903, en avril et juillet 1904 et en avril 1905. Ils sont remarquables par leur netteté et les branches ascendante et descendante de la portion de courbe qui les dessine s'écartent à peine de la normale. Les différences légères entre les époques où ils se produisent semblent indiquer que, si la tem-

1. Morax. « Note sur un diplobacille pathogène pour la conjonctive humaine ». *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juin 1896.

2. Axenfeld. « Sur la conjonctivite chronique diplobacillaire ». *Centralb, f. Bakteriol.* 1897. — Nouvelles recherches sur la conjonctivite chronique diplobacillaire. *Berlin. Klin. Wochen*, 1897.

3. Hoffmann. « Sur la conjonctivite diplobacillaire ». *Archiv. f. opht.* 1899.

pérature a une influence, elle n'est pas la seule à agir dans leur production.

Influence de l'âge des malades. — Les statistiques faites à ce sujet, montrent que le diplobacille atteint surtout les adultes et les vieillards et que si les enfants sont quelquefois frappés, c'est d'une façon bien moins fréquente. Les statistiques de Gonin (1) sont à cet égard tout à fait démonstratives et nous sommes arrivés pour Paris, à des résultats très voisins de ceux qu'il avait obtenus à Lausanne : on peut en juger en regardant le tableau ci-dessous :

Gonin :

Nouveau-nés.	0	11,3 0/0
De 4 à 10 ans	2	
De 10 à 15 ans	19	
De 15 à 30 ans	63	
De 30 à 45 ans	52	
De 40 à 60 ans	40	
Au-dessous de 60 ans	9	
	185	

Statistique personnelle :

Nouveau nés.	0	10,2 0/0
Jusqu'à 3 ans	32	
De 3 ans à 15 ans	38	
Au-dessous de 15 ans.	617	
	687	

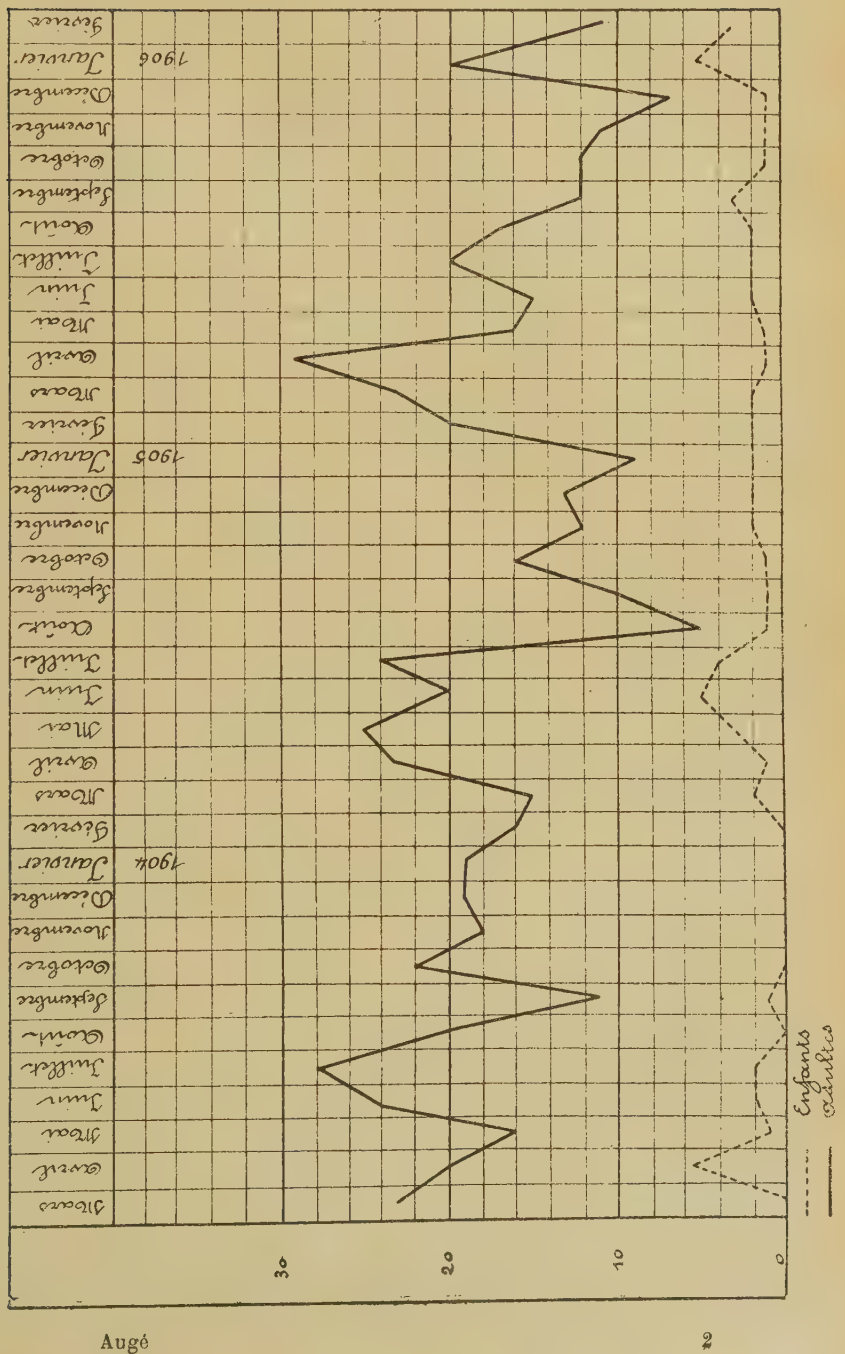
Dans les deux statistiques le nombre des sujets âgés de moins de 15 ans constitue environ 10 0/0 à peine du chiffre total des conjonctivites subaiguës.

Le graphique ci-contre (tableau III) montre d'autre part, qu'à aucune époque de l'année, les enfants ne paraissent être plus fréquemment atteints par l'infection diplobacillaire.

Avant de terminer ce chapitre, nous tenons à signaler un cas

1. Gonin. « De la nature microbienne des conjonctivites observées à l'hôpital ophtalmologique de Lausanne ». *Revue médicale de la Suisse romande*, 1899.

TABLEAU III


Janvier 1904
Janvier 1905
Janvier 1906
0
10
20
30
Enfants
Adultes

de conjonctivite à diplobacille de Morax que nous avons eu l'occasion d'observer à Lariboisière, chez un tout jeune enfant, L... Paul (N° 15112), âgé de 6 semaines. Ce cas s'étant produit en avril 1906, n'entre pas dans ces statistiques. Mais nous le signalons à cause de l'extrême rareté de la conjonctivite subaiguë chez le tout jeune enfant et le nouveau-né. La plupart des statistiques ne la mentionnent pas.

Andrad (1) en signale un cas et Collomb (2) en rapporte deux, ayant trait, l'un à un enfant de 17 jours contaminé le 6e jour après la naissance, l'autre à un enfant de un mois. L'évolution de la maladie fut chaque fois d'une bénignité extrême, comme d'ailleurs dans le cas que nous signalons où le sulfate de zinc eut rapidement raison de l'affection.

Conjonctivites gonococciques

La spécificité du gonocoque vis-à-vis de l'organisme humain, mais sa localisation spontanée possible sur des organes variés, placent dans la classification que nous avons adoptée, les conjonctivites qu'il détermine, immédiatement après celles dues au bacille de Weeks et au diplobacille.

Nous étudierons successivement : la conjonctivite « par contagion », d'origine exogène, et la conjonctivite métastatique, correspondant chacune à un mode spécial d'arrivée du microbe sur la conjonctive.

Conjonctivites gonococciques d'origine exogène.

Fréquence. — Réunissant tous les cas de ce genre, y compris les conjonctivites du nouveau né, nous sommes arrivés pour une durée de 3 ans au chiffre de 121 cas, tous pourvus du contrôle bactériologique.

1. Andrad : *American journal of médical Sciences*. 1902.

2. Collomb : « Nouvelle contribution à l'étude de la conjonctivite diplobacillaire (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1899).

Ils se répartissent ainsi :

Nouveau-nés.	70 cas
Adultes et enfants.	51 cas

Ces chiffres montrent le petit nombre des conjonctivites blennorrhagiques, comparé à celui des deux conjonctivites spécifiques étudiées plus haut et dont il atteint à peine le dixième. Ce fait singulier, étant donnée l'extrême fréquence des manifestations génitales du gonocoque, s'explique assez bien grâce à ce que l'on sait aujourd'hui de la faible vitalité de ce microorganisme que les vieilles expériences de Piringer avaient depuis longtemps démontrée. Cette faible vitalité, explique aussi la disproportion qui existe entre le nombre des conjonctivites gonococciques des nouveau-nés et les autres, disproportion énorme, si l'on songe au petit nombre des nouveau-nés par rapport à la masse des autres sujets contaminables : la conjonctive des premiers est mise au contact direct de gonocoques placés dans d'excellentes conditions de virulence et de résistance, tandis que ceux-ci n'arrivent aux yeux des seconds, qu'après avoir couru des risques de refroidissement et de dessication.

C'est là, plus que dans une prédisposition spéciale, qu'il faut sans doute chercher la cause de la fréquence relative de l'infection conjonctivale gonococcique chez le nouveau-né.

Chez les sujets plus âgés, la fréquence de celle-ci à un âge donné, doit être régie en grande partie par la fréquence des manifestations génitales du gonocoque à la période de la vie considérée.

Cependant il n'est pas certain que les conjonctivites blennorrhagiques se rencontrent en plus grand nombre, chez les sujets atteint d'uréthrite ou de vulvovaginite gonococciques que chez les autres. Nous avons pu réunir 18 observations complètes d'ophtalmie purulente de l'enfant et de l'adulte et nous y avons recherché, quelle fut l'origine de la contagion dans chaque cas.

8 *malades* (1) seulement étaient auparavant porteurs de gono-

1. N^{os} 2072, 6122, 6225, 6731, 9406, 11923, 14121, 14268.

coque : 6 sous forme d'uréthrite, 2 sous forme de vulvovaginite.

5 *autres* ne présentaient rien de suspect et avaient été manifestement contaminés par d'autres personnes mais suivant des modes différents :

Deux fillettes : l'une (2928) par sa sœur, atteinte d'ophtalmie gonococcique des nouveaux-nés, l'autre (5471) par sa mère atteinte de vulvovaginite gonococcique. .

Un jeune homme (8312), par un de ses amis atteint d'uréthrite : la contamination aurait été la conséquence d'une poignée de mains.

Une infirmière (10464), aurait contracté sa conjonctivite en soignant une fillette atteinte de vulvite.

Enfin une sage-femme de l'hôpital Saint-Antoine (nº 6316), avait été contaminée de la manière suivante : en pratiquant un accouchement difficile (dégagement des pieds) elle reçoit à 3 heures de l'après-midi, dans l'œil gauche, une goutte de liquide amniotique. L'accouchée présentait une vaginite intense avec pertes vertes abondantes ; mais la sage-femme n'y prit garde et négligea tout lavage de ses yeux. Dès le lendemain matin, un peu de pus accumulé à l'angle interne de l'œil atteint, indiquait le début de la conjonctivite qui, grâce au traitement, guérit sans laisser de traces.

Les 5 *derniers malades* (1), non seulement ne présentaient aucune manifestation gonococcique préalable mais encore il fut impossible, malgré une enquête minutieuse, de découvrir l'origine de la contagion.

Ainsi sur 18 malades, 8 seulement étaient auparavant porteurs de gonocoques et la faiblesse de ce chiffre nous semble résulter de ce que la plupart des malades atteints d'uréthrite connaissent bien aujourd'hui le grand danger que ferait courir à leurs yeux, le transport de pus par les doigts sur la conjonctive. Les 10 autres cas montrent par contre que, malgré le peu de vitalité du gono-

1. Nos 1916, 2153, 11872, 13383.

coque hors de l'organisme, la contagiosité de ses manifestations n'est pas une quantité négligeable.

Variations saisonnières. — Cette transmissibilité possible du gonocoque d'un sujet à l'autre peut se trouver dans certaines conditions, extrêmement facilitée. Dans les climats chauds, chez des populations misérables, sales, peu soumises aux règles les plus élémentaires de l'hygiène, la conjonctivite blennorrhagique peut presque rivaliser, par sa fréquence et sa facile dissémination, avec la conjonctivite à bacille de Weeks.

Les statistiques de Lakah et Khouri (1) le démontrent nettement. En Egypte, sous l'influence de l'élévation de la température, la fréquence de la conjonctivite gonococcique subit un accroissement considérable, en août et en septembre. En hiver au contraire, le nombre des cas tombe presque à zéro. C'est en somme ce qui se passe pour la conjonctivite aiguë contagieuse avec cette différence, que les maxima des celle-ci se produisent 3 ou 4 mois plus tôt. Comme pour cette dernière l'accroissement porte plutôt sur les conjonctivites de l'enfant que sur celles de l'adulte.

Le graphique ci-contre (tableau IV) tracé avec l'ensemble des conjonctivites blennorrhagiques (adultes, enfants et nouveau nés), montre, que les oscillations mensuelles de celles-ci n'ont pas à Paris la même régularité qu'à Alexandrie. Tout au plus peut-on constater sur la courbe ainsi obtenue des minima bien marqués et se produisant tous entre janvier et mars. Le reste de la ligne ne montre qu'oscillations irrégulières et ne paraissant obéir à aucune règle. Faut il conclure de cela que la conjonctivite gonococcique échappe à l'influence des variations météorologiques relativement peu accentuées dans nos climats tempérés ? Il nous a paru utile de préciser davantage la question.

Nous avons déjà insisté sur les différences profondes qui, au point de vue étiologique, séparaient les conjonctivites gonococciques des nouveau-nés de celles des adultes et des enfants et qui

1. *Loco citato.*

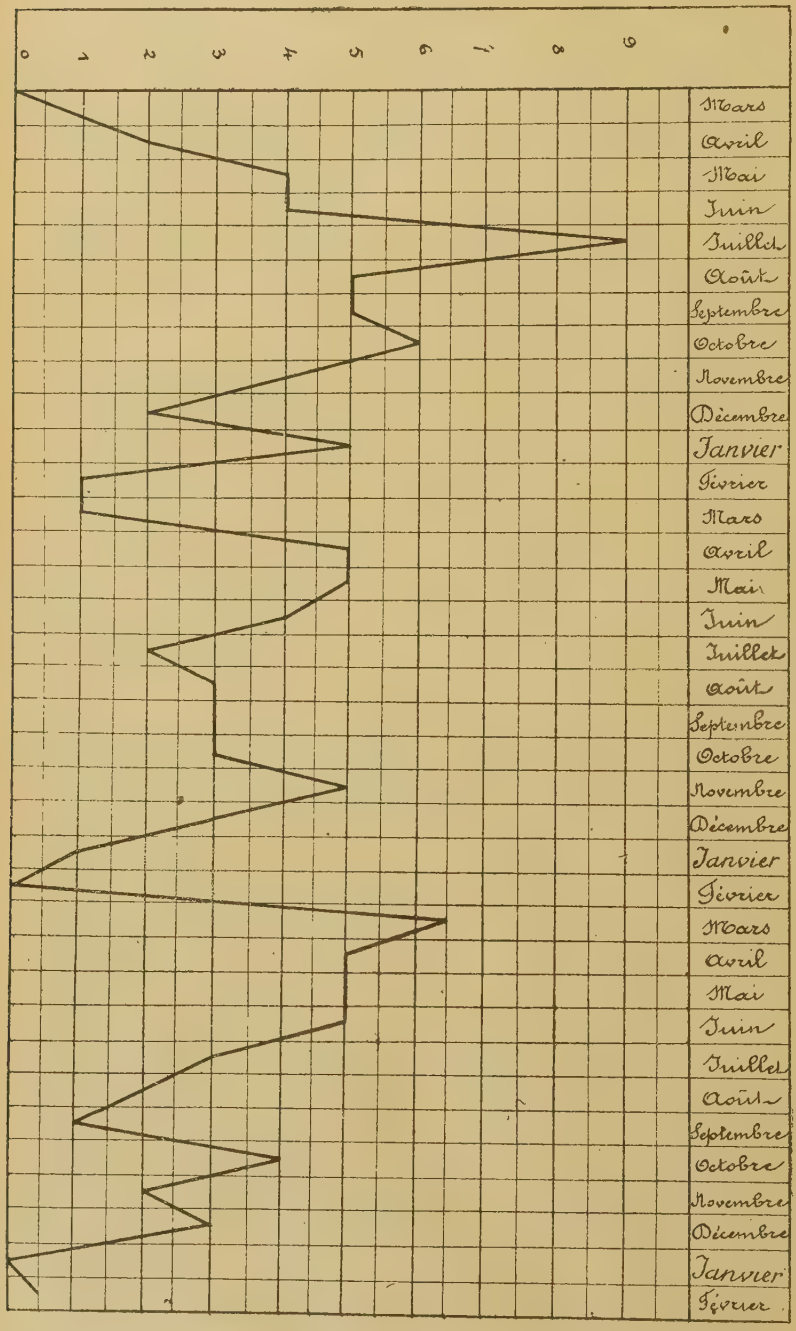

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
Janvier
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
Janvier
Février

TABLEAU IV

sans doute étaient cause de la plus grande fréquence des premières.

Ces différences rendent nécessaire l'étude séparée, pour les nouveau-nés d'une part, les enfants et les adultes d'autre part, des questions ayant trait à l'étiologie des conjonctivites.

Grouenow (1) a récemment essayé d'établir les variations saisonnières de l'ophtalmie des nouveau-nés, en se basant sur 41 cas tirés de 100 observations de conjonctivites du nouveau-né de toute nature. Ses statistiques ont porté sur 3 ans et sont établies par saisons. Il est arrivé aux résultats suivants :

	Conjonctivites gonococciques.	Total des conjonctivites du nouveau-né gonococciques ou non.
Janvier, mars	5	20
Avril, juin	10	24
Juillet, septembre	8	22
Octobre, novembre	18	34
Total.	41	100

D'après ces recherches c'est en hiver et en été que les opthalmies purulentes seraient le moins fréquentes et en automne que leur fréquence atteindrait son maximum.

Nous avons également recherché les variations saisonnières séparément pour les nouveau-nés et les adultes et enfants. Comme Grouenow, à cause du nombre relativement faible des cas, nous avons groupé par saisons l'ensemble des conjonctivites observées durant les 3 années sur lesquelles porte notre étude. Mais nous n'avons pas groupé les mois tout à fait de la même manière que lui et il nous a paru rationnel, dans cette étude, de considérer les saisons à un point de vue plus conforme aux conditions climatériques de nos régions.

Voici les résultats auxquels nous sommes arrivés pour les nouveau-nés.

1. Grouenow. *Die Augenentzündung der Neugeborenen in klinischer und bakteriologischer Hinsicht*, V. Graf's, *Archiv für Ophtalmologie*, 1901.

	Conjonctivites gonococciques.
Mars, mai	23
Juin, août	15
Septembre, novembre.	22
Décembre, février	10
Total.	70

Comme on le voit il sont assez voisins de ceux obtenus par Grouenow. C'est en hiver et en été que se trouvent les deux minima, tandis que les deux maxima se produisent aux deux saisons moyennes ; mais contrairement à ce qui se passe dans les statistiques de Grouenow, c'est le printemps qui l'emporte sur l'automne comme fréquence des conjonctivites. Sans essayer de préjuger de la cause de ces variations on peut, semble-t-il, conclure de ces statistiques, que la température n'intervient guère dans leur production puisque les minima se produisent précisément dans les deux saisons extrêmes.

Les conjonctivites gonococciques de l'adulte et de l'enfant se répartissent ainsi :

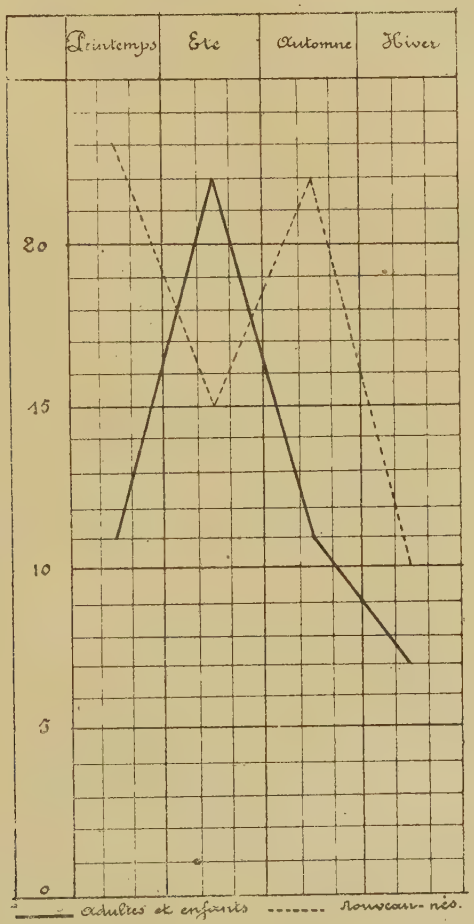
Mars, avril, mai	11
Juin, juillet, août.	22
Septembre, octobre, novembre. . .	11
Décembre, janvier, février. . . .	7
	51

Ici un minimum en hiver, un maximum en été, et deux chiffres intermédiaires égaux pour les saisons moyennes, comme si la fréquence des conjonctivites de l'adulte suivait la marche de la température.

Le tableau 5 montre bien l'évolution inverse du nombre des deux variétés de conjonctivite au printemps, en été et en automne et leur marche parallèle au moment de l'hiver. Sans vouloir chercher à tirer une loi d'un aussi petit nombre de faits, il était intéressant de noter ces différences. Elles expliquent l'irrégularité de la courbe tracée avec la totalité des conjonctivites gonococciques et aussi, l'existence des minima très nets que nous

avons signalés au moment des mois froids, minima résultant de

TABLEAU V



la décroissance parallèle du nombre des deux sortes de conjonctivites durant cette période de l'année.

Conjonctivite blennorrhagique métastatique.

L'ophtalmie blennorrhagique « rhumatismale », séparée pour la première fois de l'ophtalmie de contagion par M. Fournier, n'est pas une rareté puisque nous en avons relevé 17 cas, chiffre

égal au tiers du nombre des conjonctivites blennorrhagiques exogènes de l'adulte et de l'enfant.

L'examen bactériologique extemporané pratiqué chaque fois, a donné un résultat négatif. Malheureusement nous n'avons pu réunir que 4 observations où fut mentionné le résultat de la culture et nous croyons devoir les résumer à titre documentaire :

Observation 1. — (Druais) n° 4830, G... Charles, 19 ans, atteint d'uréthrite aigüe depuis quinze jours.

Vient consulter le 25 février 1904 parce que depuis trois jours l'œil gauche puis presque aussitôt après l'œil droit, sont devenus rouges et larmoyants avec agglutinement des cils et sécrétion purulente conglomérée dans les régions caronculaires.

A l'examen, on constate un léger œdème des paupières supérieures. La conjonctive est d'un rouge vif, avec état folliculaire au niveau de la paupière inférieure et des commissures. Il y a prédominance des lésions aux angles, surtout internes. La caroncule est hypertrophiée, tomenteuse, d'un rouge violacé. Le repli semilunaire offre les mêmes caractères et empiète sur le bulbe.

La conjonctivite bulbaire est injectée surtout dans sa portion interne, la portion externe étant relativement peu atteinte.

Sécrétion purulente en amas aux angles internes ; petits filaments fibrineux peu abondants, au fond des culs-de-sac. Des examens multipliés de cette sécrétion ne décèlent aucun microorganisme.

Pas de photophobie, seulement du larmoiement et des picotements.

La vision est normale, les reflexes pupillaires normaux, les milieux transparents, le fond d'œil normal.

Bon état général. Ecoulement uréthral abondant renfermant de nombreux gonocoques.

Traitement : Protargol à 0,50 centigrammes pour 10 grammes.

27 *février*. — Phénomènes locaux plus intenses. De plus, douleurs orbitaires à l'occasion des mouvements du globe. Empâtement diffus des régions parotidiennes.

Bon état général. Nouveaux examens de la sécrétion, négatifs.

Traitement. — Nitrate d'argent à 1 0/0.

28 *février*. — Augmentation légère des phénomènes oculaires ; de plus au niveau de l'œil gauche, surtout dans la région externe, chémosis

jaune sucre d'orge. Empâtement peu marqué de la région rétro-maxillaire droite.

Talalgie du côté droit.

Pas de microorganismes ; nombreuses cellules épithéliales ; leucocytes déformés avec vacuoles très nombreuses surtout dans le noyau.

Même traitement.

29 *février*. — Même état.

2 *mars*. — Atténuation des symptômes oculaires. Presque plus de sécrétins, disparition du chemosis. Plus de gêne dans les mouvements de l'œil.

Légère douleur à la mastication (arthrite temporo maxillaire). Talalgie droite accentuée surtout le matin. Léger embarras gastrique.

Ecoulement uréthral moins abondant.

8 *mars*. — Le malade cesse de venir à la consultation par suite de l'apparition de complications sérieuses : orchite, arthrite coxo fémorale ; les accidents oculaires seraient très atténués.

13 *juillet* 1905. — Entré à Lariboisière, salle Civiale, le 12 mars 1904, pour arthrite coxofémorale, le malade est resté un mois à l'hôpital puis deux mois chez lui, immobilisé dans une gouttière.

A sa sortie de l'hôpital les deux yeux étaient complètement guéris mais il aurait eu depuis, quelques légères poussées de conjonctivite métastatique.

L'écoulement uréthral persiste toujours (goutte).

Le malade revient consulter parce que, depuis cinq jours l'œil gauche est devenu rouge, douloureux avec affaiblissement progressif de la vision et œdème palpèbral.

Il s'agit d'une iritis gonococcique qui guérit sans laisser de traces.

Les trois autres observations que nous tenons à citer ressemblant beaucoup à celle-ci, nous les résumerons très brièvement.

Observation 2. — (Druais). N° 5660. S... Georges, 18 ans. Modeleur. Uréthrite blennorrhagique depuis un mois.

Vient consulter le 19 avril 1904 pour des phénomènes conjonctivaux bilatéraux datant de quatre jours.

A l'examen la conjonctive palpébrale a une teinte rouge saumon ; la conjonctive bulbaire est richement vascularisée au niveau des angles et cette vascularisation s'arrête à quelques millimètres du limbe. Pas de chémosis.

Pas d'adénopathie préauriculaire. Aucune douleur articulaire. Bon état général.

L'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale ne décèle aucun microorganisme ; quelques cellules épithéliales, peu de leucocytes.

Culture sur gélose ascite : au bout de 48 heures, quatre petites colonies de bacille massué.

Les phénomènes s'amendent au bout de six jours.

17 *mai* 1904. — Nouvelle poussée conjonctivale qui remonte à trois jours, mais moins marquée que la première fois.

Examen microscopique absolument négatif.

Les phénomènes s'amendent en quelques jours mais le malade accuse de la douleur dans le genou droit avec légère impotence fonctionnelle.

Observation 3 (Druais). — N° 9391. D.. Edmond, 30 ans, journalier. Blennorrhagie depuis un mois.

Vient consulter le 13 janvier 1905 parce que, depuis 10 jours ses yeux rougissent et larmoient.

A l'examen, on constate des deux côtés une hyperémie conjonctivale intense, accusée surtout aux angles internes. Pas de chémosis.

Sécrétion presque nulle. Pas d'adénopathie préauriculaire ni sous maxillaire.

L'examen miscroscopique de la sécrétion n'y décèle aucun microorganisme.

Culture sur gélose ascite : au bout de 24 heures, 4 colonies de staphylocoque blanc.

Le malade est soigné depuis le 9 janvier dans le service du Dr Brault pour douleur et gonflement du poignet et de la hanche droite.

Observation 4 (...). — N° 9815. M... Georges, 28 ans. Uréthrite gonococcique depuis 3 semaines.

Vient consulter le 16 février 1905 parce que depuis la veille ses yeux rougissent.

A l'examen, on note une injection conjonctivale bilatérale assez intense, avec sécrétion purulente assez abondante. Le genou gauche du malade est tuméfié et douloureux.

L'examen microscopique de la sécrétion ne donne aucun résultat.

Culture sur gélose ascite : au bout de 48 heures, colonies de massué.

20 *février*. — Les yeux ont repris leur aspect normal.

Hydarthrose du genou gauche. Cystite aiguë.

25 *février*. — Le malade passe dans le service du Dr Hartmann.

Tels sont les quatre cas pour lesquels nous avons pu avoir connaissance du résultat de l'examen bactériologique complet. Appliqué systématiquement aux autres il eut peut-être décelé, pour certains d'entre eux, la présence du gonocoque au niveau de la conjonctive comme dans les faits publiés par M. Morax et Van Moll.

De toutes façons, il s'agit là de malades non contagieux du fait de leur complication oculaire, et ce paragraphe consacré à la conjonctivite gonococcique métastatique, eut été en réalité mieux à sa place dans la deuxième partie de ce travail.

Conjonctivites causées par des microorganismes non spécifiques de la conjonctive humaine

Ainsi que nous l'avons fait pour les conjonctivites gonococciques et pour les mêmes raisons, nous étudierons séparément les conjonctivites des adultes et des enfants d'une part, celles du nouveau-né d'autre part.

Adultes et enfants.

389 cas de conjonctivites dues à des microbes non spécifiques de la conjonctive humaine ont été relevés se rapportant à cette catégorie de malades. Malheureusement un grand nombre d'examens bactériologiques manquant, nous avons été forcés d'écourter cette partie de notre travail et de transcrire simplement les résultats obtenus.

Cas où le contrôle bactériologique fait défaut. — 250 conjonctivites se sont trouvées dans ce cas et nous avons été obligés pour beaucoup d'entre elles, de nous contenter d'indications cliniques telle que, la présence d'une adénopathie préauriculaire affirmant leur nature infectieuse (1), ou leur bilatéralité faisant soupçonner leur contagiosité.

Quelques-unes d'entre elles étaient cependant accompagnées

1. Poulard. *Adénopathies dans les infections oculairs.* Th. de Paris. 1903.

d'indications étiologiques plus détaillées qu'il nous a paru utile de signaler.

14 coïncidaient avec un affection de voie lacrymales.

15 accompagnaient du coryza.

7 évoluaient chez des enfants convalescents de maladies infectieuses : deux cas de diphtérie, quatre cas de rougeole, un cas de grippe.

Les 214 autres conjonctivites de ce groupe restent de nature absolument indéterminée et tout ce qu'on peut affirmer c'est qu'elles ne sont ni gonococciques ni diphtériques.

Voici quelles sont les raisons qui nous permettent de le supposer : le médecin qui fait la consultation prélève systématiquement un peu de la sécrétion conjonctivale de toute personne présentant des signes de conjonctivite. L'examen sur lame est donc toujours ou presque toujours pratiqué, mais il n'est pas rare que la personne qui est chargée de cet examen oublie d'en consigner le résultat ; ceci a lieu surtout pour les cas à pronostic bactériologique bénin. Par contre, lorsque ce dernier est sérieux, par exemple lorsque le microscope révèle la présence du gonocoque dans la sécrétion, le malade est gardé à l'hôpital et la nature de son affection se trouve soigneusement notée.

Cette constatation négative n'a malheureusement qu'un intérêt minime pour l'étude statistique des conjonctivites non spécifiques.

Conjonctivites contrôlées bactériologiquement. — 139 conjonctivites se trouvent dans ce cas : nous nous contenterons de les mentionner en résumant brièvement pour chacune d'elles les particularités qui nous ont parues intéressantes.

Conjonctivites à Pneumocoque	18 cas
Conjonctivites à bacille de Pfeiffer	6 cas
Conjonctivites à bacille de Lœffler	2 cas

Dans l'un de ces deux cas le conjonctivite paraissait être la seule manifestation diphtérique, dans le deuxième elle était accompagnée de rhinite à bacille de Lœffler. Faut-il leur ajouter le cas suivant ?

N° 9644. S... André 2 ans 1/2. — Le malade est sorti le 15 janvier 1905 de l'hôpital Bretonneau où il était en traitement pour une rougeole et une varicelle.

Ses parents l'amènent le 6 février 1905 parce que ses yeux sont malades depuis quatre jours.

A l'examen, l'œil droit présente une conjonctivite pseudo-membraneuse : la fausse membrane, peu épaisse, blanche, s'enlève facilement sans hémorragie. L'examen du frottis montre des bacilles assez gros, irréguliers, isolés ou par deux, peu nombreux, prenant le Gram (Le résultat de la culture n'est pas mentionné).

Traitement. — Injection de sérum antidiphtérique, nitrate d'argent.

Conjonctivites à staphylocoque . . . . . 6 cas

Pour 5 de ces cas, il n'existait aucune indication étiologique permettant de savoir si le staphylocoque trouvé dans la sécrétion intervenait à titre pathogène.

Le 6e cas avait trait à des phénomènes inflammatoires oculaires, coïncidant avec les périodes cataméniales :

N° 5563 (.....) R... Augustine, 16 ans 1/2. Antécédents héréditaires et personnels bons. La malade vient consulter le 14 avril 1905 : ses premières règles sont apparues le 10 avril 1905 et, le même jour les yeux ont rougi et sont devenus larmoyants.

A l'examen, le malade présente des deux côtés, de la blépharite. Des deux côtés également, les conjonctives sont d'un rouge foncé avec sécrétion muco-purulente assez abondante, injection périkératique assez marquée ; cornées normales.

L'examen sur lames de la sécrétion donne un résultat négatif. Culture sur gélose : staphylocoque doré.

Traitement. – Protargol à 2 0/0.

21 *avril* 1905. – La malade revient à la consultation avec une aggravation légère des signes précédents. Nitrate d'argent; cautérisation des bords des paupières.

28 *avril* 1905. — Tout est rentré dans l'ordre. Il ne reste qu'un peu d'œdème palpébral.

10 *mai* 1905. — Réapparition des règles : la malade revient à la consultation avec deux petites phlyctènes du limbe du côté droit.

Traitement. Pommade jaune. Guérison rapide.

6 *juin* 1905. — Troisième réapparition des règles le 2 juin : celles-ci

ont duré jusqu'au 4 juin. Le 5 juin apparition de 7 petits orgelets au niveau de la paupière inférieure droite; simple rougeur de la paupière inférieure gauche.

Conjonctivites à streptocoques . . . . 2 cas

Ces deux cas s'étaient produits chez des sujets dont les voies lacrymales étaient obstruées. L'un d'eux venait d'avoir une poussée d'érysipèle au niveau du nez et des paupières.

Conjonctivites à microorganismes de nature indéterminée. 10 cas

5 de ces conjonctivites paraissaient être causés par des diplocoques, 4 autres par des cocci n'ayant aucun caractère précis.

La sécrétion de la dixième renfermait un bacille fin ressemblant au bacille de Weeks et donnant des cultures fixes et transparentes.

Conjonctivites amicrobiennes. . . . . 96 cas

Dans ce groupe, nous avons fait rentrer 8 conjonctivites pour lesquelles le seul microbe rencontré avait été le bacille massué considéré aujourd'hui comme un simple saprophyte des culs de sacs conjonctivaux et dénué de pouvoir pathogène.

Ces 96 conjonctivites amicrobiennes (du moins pour nos procédés actuels d'investigation) forment probablement un groupe disparate qu'une enquête étiologique minutieuse eut peut-être permis de démembrer.

Là s'arrête la statistique relative aux conjonctivites non spécifiques de l'adulte et de l'enfant. Le petit nombre d'examens bactériologiques consignés nous interdit d'essayer de tirer aucune conclusion relative à la fréquence de ces affections.

Une seule constatation nous est permise : celle du petit nombre de chacune de leurs variétés, comparé à la fréquence extrême des conjonctivites à bacille de Weeks à diplobacille : Sur 139 conjonctivites ainsi contrôlés bactériologiquement les conjonctivites à pneumocoque qui paraissent être les plus fréquentes d'entre elles ne fournissent que 18 cas.

Nouveau-nés.

Le nombre des conjonctivites non gonococciques du nouveau-né s'élève à 159, mais ici encore nous sommes obligés de faire deux parts de ce total.

Cas où l'examen bactériologique fait défaut. — 64 conjonctivites rentrent dans ce groupe et tout ce que nous pouvons dire, c'est que, pour les raisons énumérées plus haut, elles ne sont ni gonococciques, ni diphtériques.

Cas pourvus de l'examen bactériologique. — Dans ce groupe, rentrent 95 conjonctives ainsi réparties :

Conjonctivites à bacille de Weeks.	3
Conjonctivites à pneumocoque.	10
Conjonctivites à bacille de Pfeiffer	1
Conjonctivites à streptocoque	3
Conjonctivites à microorganismes indéterminés.	1
Conjonctivites amicrobiennes	77

Dans ce groupe des conjonctivites amicrobiennes, nous avons fait rentrer 5 conjonctivites pour lesquelles, l'examen bactériologique, avait révélé la présence du bacille massué ; nous avons déjà vu en effet, ce qu'il fallait penser du pouvoir pathogène de ce migroorganisme, capable seulement de jouer un rôle de présence.

Ainsi, dans ces statistiques relatives au nouveau-né pas de conjonctivites à diplobacille de Morax, à bacille de Lœffler, à staphylocoque, à pneumobacille de Friedlander et à bacterium coli signalées par quelques auteurs.

Par contre, la fréquence des conjonctivites dites amicrobiennes est remarquable : sur 165 conjonctivites du nouveau-né contrôlées bactériologiquement, nous avons en effet 70 conjonctivites gonococciques et 95 conjonctivites non gonococciques dont 18 nettement microbiennes et 77 ou l'examen bactériologique n'a pu révéler la présence d'aucun microorganisme ; notons par surcroît que nous ne tenons aucun compte des

64 cas dépourvus de contrôle et dont aucun, nous l'avons vu, ne relève très certainement du gonocoque.

Druais dans sa thèse (1) publie une statistique portant sur 63 conjonctivites du nouveau-né, toutes contrôlées bactériologiquement et qui se répartissent ainsi : Conjonctivites gonococciques, 24 ; conjonctivites microbiennes non gonococciques, 8 ; conjonctivites amicrobiennes, 31.

On voit combien est grande l'importance de ces imflammations conjonctivales pour lesquelles l'examen microbien ne révèle la présence d'aucun germe morbide.

S'agit-il réellement d'affections transmises et contagieuses à leur tour ?

Il semble, d'après M. Morax, que l'on puisse dans ce groupe, isoler quelques-unes de ces ophtalmies qui paraissent être sous la dépendance de l'hérédosyphilis. « Bien que rarement décrite dit-il, la conjonctivite syphilitique n'est pas exceptionnelle : j'ai eu parfois l'occasion de la noter chez l'adulte et dans un certain nombre de cas même, j'ai pu rapporter à cette étiologie, l'ophtalmie non gonococcique et sans microbes décelables, constatée chez les nouveau-nés. Je me garderai d'en conclure qu'il soit toujours nécessaire d'incriminer cette infection, et je ne crois pas qu'elle soit susceptible d'expliquer plus de 1/20 des ophtalmies non gonococcique du nouveau-né » (2).

Venant à l'appui de ceci, Druais cite dans son travail cinq cas « ayant comme trait de ressemblance, de se traduire par une réaction inflammatoire conjonctivale particulièrement intense, malgré l'absence de microorganisme pathogène, et de se développer chez des enfants cachectiques, malingres, ayant tout l'habitus de l'hérédosyphilis, ou chez des syphilitiques avérés.

Bien que nous n'ayons pas ici pour assurer le diagnostic, les résultats positifs que donne habituellement chez l'adulte l'épreuve du traitement mercuriel, nous trouvons cependant dans la

1. J. Druais. *Recherches cliniques et bactériol. sur les opht. du nouveau-né.* Th. de Paris, 1904.

2. Morax. *Annales d'oculistique*, mai 1903.

tendance à la chronicité des lésions conjonctivales, dans l'apparition des complications cornéennes rapidement envahissante, et dans la coexistence d'autres lésions muqueuses, des raisons suffisantes pour croire à l'intervention de la syphilis ».

Il n'en est pas moins certain qu'un très petit nombre seulement de ces conjonctivites amicrobiennes doit relever d'une telle étiologie.

Pour les autres, M. Morax admet la réalité d'une infection dont nous ne connaissons pas le microbe, lequel reste inaccessible à nos moyens encore insuffisants d'investigation : « La bilatéralité de l'inflammation, la contamination précoce du second œil, sont des faits qui plaident en faveur de la nature infectieuse du processus ; à défaut d'une démonstration expérimentale, ils peuvent suffire pour justifier l'hypothèse d'une infection transmissible, susceptible d'avoir été transportée sur l'œil de l'enfant par le garde (1) ».

Un autre facteur nous paraît plaider en faveur de la nature infectieuse et contagieuse de ces conjonctivites ; c'est leur fréquence même, supérieure, nous l'avons vu, à celle des conjonctivites gonococciques qui elles sont d'origine le plus souvent maternelle par contamination de la conjonctivite au niveau des voies génitales de la mère. Cette question de l'origine maternelle des conjonctivites amicrobiennes ne saurait d'ailleurs être admise sans de grosses réserves : il faudrait d'abord supposer qu'elles sont le résultat d'une infection unique ce que rien n'autorise à admettre puisque, cliniquement, elles peuvent revêtir les formes les plus variées : catarrhale, pseudo membraneuse ou purulente. Un fait est certain ; c'est la rareté des autres conjonctivites non gonococciques, montrant combien doit être peu fréquente l'infection secondaire à la naissance.

Le peu de fréquence de la conjonctivite à staphylocoque s'explique certes par ce fait qu'elle n'apparaît que consécutivement à des lésions suppurées de la paupière ou de la conjonctive, lésions évidemment rares chez le nouveau-né.

1. Morax. *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1904.

Mais la rareté des conjonctivites à diplobacille de Morax et à bacille de Weeks si fréquentes nous l'avons vu, chez les sujets plus âgés mais dont les agents n'ont jamais donné lieu à des infections vaginales est tout à fait frappante à cet égard.

L'absence dans cette statistique de conjonctivites des nouveau-nés à bacille de Lœffler, à pneumobacille de Friedlander et à bacterium coli dont de rares cas ont été signalés par quelques auteurs, doit résulter de raisons analogues.

Si maintenant nous comparons le chiffre des conjonctivites gonococciques à celui des conjonctivites non gonococciques nous constatons la grande fréquence de ces derniers due précisément à l'appoint considérable que leur apporte les conjonctivites amicrobiennes.

Cette constatation conforme au résultat des statistiques dressées par Chartres (1), Grouenow (2), Gonin (3), Haupt (4), Druais montre quelle est l'utilité de l'examen bactériologique pour établir le pronostic d'une ophtalmie du nouveau-né, les ophtalmies non gonococciques étant bien plus rapidement influencées par le traitement que les autres (5).

*
* *

Il nous reste à résumer brièvement ce chapitre des conjonctivites bactériennes observées à l'hôpital Lariboisière.

Leur nombre s'est élevé à 1.784 en trois années ; 314 d'entre elles, faute d'examen bactériologique ou de caractères cliniques suffisants n'ont pu être déterminées. Mais comme elles doi-

1. Chartres, *Contribution à l'étude de l'ophtalmie purutente des nouveau-nés*, Th. de Bordeaux, 1897.

2. Grouenow, *loco citato*. — Bakteriologische Untersuchungen über die Ætiologie der Augenentzündung der Neugeborenen. *Bericht. üb. d.* 27 *Versammlg. d. ophtalm. Gesellsch. zu* Heidelberg, 1898.

3. Gonin. *Loco citato.*

4. Haupt. « Ueber Gonorroische und nichtgonorroische Bindehautentzündung bei Neugeborenen ». *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1903.

5. Druais. *Loco citato.*

vent très certainement se répartir entre les nombreuses variétés que nous avons étudiées, l'erreur relative commise au cours d'une étude d'ensemble, doit être très petite, si grande que puisse paraître l'erreur absolue.

Sous cette réserve le nombre de ces conjonctivites forme un dixième environ (exactement, 12,28 0/0) du total des maladies observées à la consultation.

Ce chiffre est considérable si on songe à la grande variété des maladies de l'œil et à la fréquence des vices de réfraction, que naturellement nous avons compris dans ce total.

Jameson Evans (1) est arrivé à Birmingham à un résultat analogue et conclut : « L'importance pratique des maladies bactériennes de la conjonctive est montrée par ce fait qu'elles forment 10 0/0 de tous les cas traités à l'hôpital l'an passé et si on met à part les moindres affections (corps étranger et amétropies) les maladies bactériennes s'élèvent à 25 0/0 des maladies oculaires ».

Voici quelle est la proportion de chacune de ces conjonctivites pour 100 conjonctivites bactériennes.

Conjonctivite à bacille de Weeks . .	23,09 0/0
Conjonctivite à diplobacille de Morax.	38,5 0/0
Conjonctivites gonococciques . . .	6,78 0/0
Conjonctivite à pneumocoque . . .	1,55 0/0 (?)

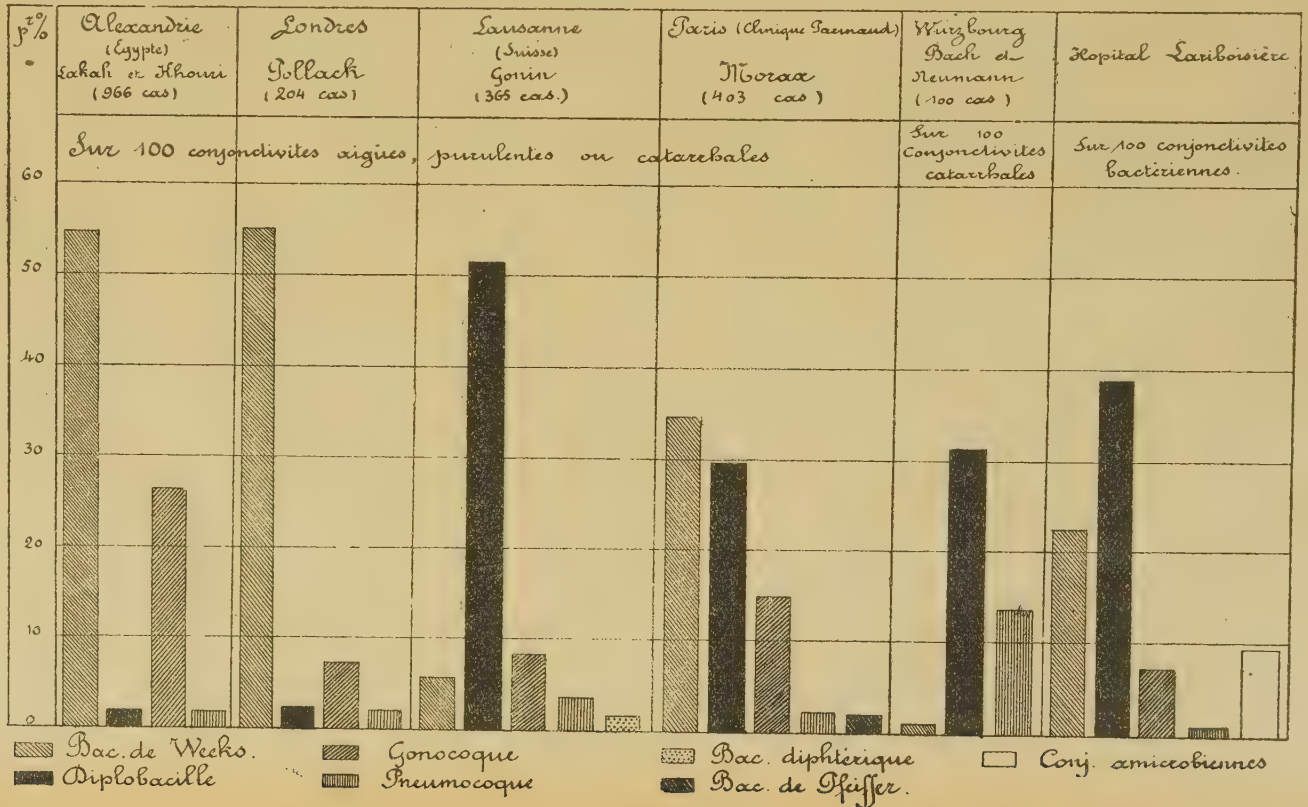
Nous reproduisons ci-contre (tableau VI) un tableau emprunté à M. Morax (2), donnant la proportion des différentes infections conjonctivales aiguës d'après les statistiques de Lakah et Khouri, Pollack, Gonin, Morax, Bach et Neumann. Nous y avons joint les résultats de notre statistique personnelle.

Ainsi qu'on peut en juger, la proportion des conjonctivites contenues dans cette dernière est plus faible que dans la plupart de ces statistiques, faites en différents pays. Il s'agit là en effet de statistiques partielles, ne pouvant être considérées à un

1. Jameson Evans. *The ophtalmoscope*, 1904.

2. Morax. *Conjonctivite aiguë contagieuse* in *Encyclopédie Française d'ophtalmologie*. T. V.

TABLEAU VI


p. %
Alexandrie (Egypte) Lakah et Khouri (966 cas)
Londres Pollack (204 cas)
Lausanne (Suisse) Gonin (365 cas.)
Paris (Clinique Baumaud) Morax (403 cas)
Würzbourg Bach et Neumann (100 cas)
Hôpital Lariboisière
Sur 100 conjonctivites aigues, purulentes ou catarrhales
Sur 100 Conjonctivites catarrhales
Sur 100 conjonctivites bactériennes.
60
50
40
30
20
10
0
Bac. de Weeks.
Diplobacille
Gonocoque
Pneumocoque
Bac. diphtérique
Bac. de Pfeiffer.
Conj. amicrobiennes

point de vue absolu ; de plus, elles ne sont pas exactement comparables entre elles certains auteurs ayant examiné toutes les conjonctives, d'autres n'ayant examiné que celles répondant au type catarrhal.

Aucune d'elles ne fait mention des conjonctivites pour les quelles l'examen bactériologique ne révèle la présence d'aucun microbe pathogène. Ces conjonctivites, tant celles de l'adulte et de l'enfant que celles du nouveau-né forment pourtant environ 10 0/0 du total des conjonctivites étudiées.

Nous avons vu les raisons qui militaient en faveur de leur nature infectieuse et c'est pourquoi, nous leur avons fait une place, parmi les conjonctivites dont la nature bactérienne est aujourd'hui démontrée. Elles feront la transition entre ces dernières et les conjonctivites que nous allons maintenant étudier.

Conjonctivites de nature encore indéterminée

Conjonctivite granuleuse.

Le nombre des trachomateux venus en 3 ans à la consultation de Lariboisière a été de 132. Les granuleux constituent donc à peine 1/100 (exactement 0,9 0/0) du nombre total des malades examinés.

Ce chiffre, pourtant très faible, ne donne pas encore une idée exacte du peu de fréquence du trachome à Paris puisqu'il est considérablement grossi par les nombreux granuleux étrangers qui passent seulement dans la capitale sans s'y fixer.

Ayant pu réunir 31 observations complètes et où avait été recherché d'une façon précise le point de départ de la contagion, nous avons essayé d'évaluer approximativement à quel chiffre pouvait se réduire la fréquence du trachome d'origine parisienne.

Sur ces 31 malades, 12 ont pu d'emblée être éliminés leur affection ayant été contractée a l'étranger ou en province.

Les 19 autres avaient vu leur maladie débuter à Paris et dans des conditions qui permettaient de supposer qu'ils l'y avaient contractée. Mais 7 d'entre eux nous ont parus devoir être dis-

traits du total, la contagion bien que s'étant nettement produite à Paris, paraissant avoir été apportée du dehors. Voici d'ailleurs brièvement résumée, l'étiologie de ces 7 cas douteux :

Les quatre premiers sont d'origine française :

N° 4714. B... Léonie, 29 ans, 18 février 1904. La mère de la malade a souffert en 1902 d'une affection oculaire ayant duré 3 mois. Son père et ses frères et sœurs n'ont jamais eu mal aux yeux. La malade a vécu à Roubaix jusqu'à l'âge de 6 ans 1/2 puis est venue habiter Paris (dans le quartier de Montmartre) qu'elle a quitté seulement une fois, il y a 3 ans, pour aller faire un séjour de six mois à Roubaix.

Elle souffre depuis l'enfance, de ses yeux, qui sont larmoyants et collés le matin, mais c'est depuis 2 ans seulement que des symptômes plus sérieux ont fait découvrir les granulations.

N° 10410. K... Georges, 15 ans. 31 mars 1905. — Le père du malade est originaire de Paris. La mère est née à Marcoing (Nord). Tous deux ont habité Marcoing jusqu'à ces derniers temps et n'ont jamais rien présenté du côté des yeux. Par contre sur 8 enfants, 5 sont granuleux et ont été contaminés à Marcoing.

Le malade qui est le 9e enfant n'a jamais quitté Paris et a commencé à souffrir des yeux à l'âge de 10 ans.

N° 9449. R... Jeanne, 20 ans. 18 février 1905. — La mère de la malade a habité jusqu'à son mariage le département de la Manche. Elle a toujours souffert des yeux. Le père, atteint de tumeur blanche du genou n'a pas d'affection oculaire. Une sœur âgée de 23 ans a eu mal aux yeux vers l'âge de 13 ans et présente depuis des taies bilatérales.

La malade née à Paris dans le Xe arrondissement a eu sa première poussée granuleuse à l'âge de 5 ans.

N° 12694. P... Marie, 29 ans. 18 septembre 1905. — La malade est originaire d'Aubusson (Creuse) mais elle habite depuis 5 ans Paris où elle a épousé un Corse. Pas de trachome chez son mari ni dans l'entourage.

Elle-même n'avait aucune affection oculaire lorsqu'il y a deux ans elle fit venir à Paris pour qu'il y suive un traitement, un neveu atteint d'une affection chronique des yeux. 3 semaines environ après l'arrivée de celui-ci elle commençait à souffrir de granulations.

Les 3 autres cas de cette série se rapportent à des trachomes d'origine probablement Corse, Algérienne et Russe.

N° 8492. E... Jeanne, 31 ans. 25 novembre 1904. — Famille bien portante à l'exception d'une sœur âgée de 35 ans qui contracta une conjonctivite granuleuse durant un séjour qu'elle fit à Ajaccio il y a deux ans. Traitée immédiatement elle parut au bout de 6 mois être complètement guérie. Elle rentra à Paris et depuis 18 mois n'a présenté aucune récidive.

La malade n'avait jamais quitté Paris lorsqu'il y a un an elle alla passer 3 mois en Corse. Indemne à son retour, elle commença à souffrir de granulations 6 mois après.

N° 5321. F... Gabrielle, 22 ans. 20 mars 1906. — Née à Mostaganem, la malade habite Paris depuis 3 ans. Rien dans la famille et l'entourage. Elle a commencé à souffrir des yeux il y a 6 mois seulement.

N° 12124. S..., Liza, 17 ans, 11 décembre 1905. — Née à Rowno (S. O. de la Russie), Pas de trachome dans sa famille, mais des personnes atteintes d'affections oculaires chroniques fréquentent celle-ci.

La malade n'a jamais souffert des yeux. Elle habite Paris depuis 15 mois et est domestique chez des compatriotes ; deux des enfants de ces derniers ont une affection chronique des yeux Le 5 avril 1905 elle vient consulter une première fois pour une conjonctivite à bacille de Weeks qui guérit en 15 jours. Le 11 décembre 1905 elle revient consulter et présente cette fois des granulations conjonctivales.

Comme on le voit, dans ces 7 cas l'infection trachomateuse paraît avoir été apportée du dehors.

Il nous reste à résumer de la même façon les données étiologiques des 12 autres cas de trachome d'origine parisienne.

Les 3 premiers cas se rapportent à un cas de conjonctivite granuleuse familiale, un enfant apparemment contaminé à l'école ayant transmis ensuite sa maladie à l'entourage.

N° 508. G..., Victorine, 12 ans, 2 avril 1903. — Pas de trachomateux dans la famille ou l'entourage. L'enfant qui fréquentait une école du quartier de Bagnolet dit avoir eu comme voisin de classe, en janvier 1902, un enfant souffrant des yeux (?) Un mois après ses yeux étaient pris simultanément et un oculiste y découvrait des granulations.

N° 609, G..., Louise, 14 ans, 9 avril 1903. — Sœur de la malade précédente avec laquelle elle couche.

L'enfant est amenée par son père sur les conseils de M. Morax, car elle ne souffre d'aucun trouble fonctionnel. Cependant à l'examen, la

conjonctivite tarsienne inférieure des deux côtés présente des lésions granuleuses en activité et cicatricielles.

(N° 704). G..., Eugène, 9 ans, 16 avril 1903. — Frère des malades précédentes.

Lui non plus ne présente aucun trouble fonctionnel. Mais à l'examen on note la présence sur la conjonctive taisienne supérieure des deux côtés, assez fortement injectée, d'une vingtaine de taches blanchâtres disposées parallèlement au bord supérieur du tarse.

Les 9 autres cas sont tous des cas isolés :

N° 564. C..., Raymond, 9 ans, 8 avril 1903. — Pas de granuleux dans la famille et l'entourage. L'enfant ne connaît à l'école aucun de ses camarades ayant mal aux yeux et souffre seulement depuis 3 jours de l'œil gauche.

A l'examen, cet œil présente de nombreuses granulations en activité sur la conjontive tarsienne supérieure.

N° 2070. T... Ernest, 12 ans 1/2, 23 juillet 1904. — Parents parisiens et n'ayant jamais quitté Paris. 4 autres enfants exempts de trachome.

Le malade n'a jamais quitté Paris et aurait contracté son affection à l'école où plusieurs de ses camarades ont mal aux yeux. Il ne souffre que depuis quelques jours.

N° 4721. G... Clovis, 20 ans. 19 février 1904. — La mère du malade est devenue aveugle à la suite de granulations contractées dès l'âge de 15 ans. Elle n'a jamais quitté Paris et a toujours habité le XX^{e} arrondissement. Une sœur du malade âgée de 16 ans est granuleuse depuis son enfance.

Ce dernier paraît avoir contracté sa maladie depuis environ 2 ans.

N° 5977. B... Ernestine, 28 ans, 14 juin 1904. — Rien dans la famille ou l'entourage faisant soupçonner d'où vient la contagion.

La malade n'a pas quitté Paris et n'a jamais eu mal aux yeux. La première poussée granuleuse paraît s'être produite il y a 6 semaines.

N° 6011. L... Emile, 26 ans. 14 mai 1904. — Les parents du malade qui habitent Paris sont indemnes de trachome ainsi que son entourage habituel.

Le malade est né à Paris, a habité l'Indre de l'âge de 4 ans à l'âge de 14 ans, puis pendant un an Villeneuve St-Georges. Il s'est ensuite fixé à Paris (quartier de Montmartre) qu'il n'a jamais quitté. Le début de sa conjonctivité granuleuse paraît remonter à 10 mois seulement.

N° 6102. R... Félix, 30 ans. 20 mai 1904. — Rien dans la famille et l'entourage. Début du trachome il y a environ un mois, du côté droit. L'œil gauche s'est pris 8 jours après.

N° 6394. T... Pauline, 34 ans. 9 juin 1904. — Parents alsaciens, non granuleux. La malade n'a jamais quitté Paris et est granuleuse depuis l'âge de 6 ans. Une sœur plus âgée qu'elle aurait été atteinte avant elle de granulations d'origine indéterminée.

N° 11080. A... Maurice, 16 ans. 16 mai 1905. — Famille originaire de Paris. Une petite sœur a subi un traitement de 1 mois 1/2 aux Quinze Vingt pour granulations (?)

Le malade a toujours habité Paris (Montmartre), et a commencé à souffrir des yeux il y a seulement quelques jours.

N° 13834. G... Louis, 32 ans. 28 décembre 1905. — Le père du malade âgé de 51 ans et parisien est n'a jamais quitté Paris. Il est devenu granuleux à 20 ans et présente aujourd'hui du trichiasis. Sa femme est morte jeune ; aucun des enfants n'est granuleux.

Le malade n'a quitté Paris que pour aller faire son service militaire à Châlons-sur-Marne. Il habite depuis l'âge de 25 ans Montmartre tandis que l'affection actuelle aurait débuté il y a seulement 3 ans.

Ainsi, sur 31 cas de trachome, 12 à peine (39 0/0), paraissent être d'origine parisienne. Pour si faible que paraisse être cette proportion, elle est certainement encore trop élevée : nous avons en effet considérés comme trachomes parisiens, tous les cas dans lesquels la maladie avait été contractée à Paris, sans que le porteur de celle-ci, ait paru être en contact avec des granuleux étrangers à cette ville. Mais en lisant les observations précédentes on se rend compte qu'il a toujours été impossible de remonter bien loin vers l'origine et le mode de la contagion. Pour beaucoup de ces malades il a même été impossible de soupçonner de quel foyer cette dernière était partie. Il est donc probable que d'autres cas devraient encore être distraits de cette statistique.

Pour arriver à des données précises touchant la fréquence exacte du trachome parisien, il faudrait tout d'abord, déterminer s'il existe à Paris, ainsi que cela a lieu pour d'autres maladies contagieuses, des foyers de contagion fixes, localisés à certains quartiers : un tel résultat ne pourrait être obtenu

qu'au moyen de statistiques minutieuses, s'appuyant sur des observations précises et détaillées et dressées à la fois dans toutes les consultations d'ophtalmologie de la capitale.

Nous pouvons cependant conclure de cette statistique, que le trachome est rare à Paris et que les trachomateux d'origine parisienne constituent à peine le tiers des granuleux qui fréquentent les consultations, toute réserve étant faite sur la valeur très relative et très discutable de résultats basés sur une statistique partielle.

Conjonctivite folliculaire.

Nous avons rangé dans ce groupe les affections caractérisées par la présence de follicules siégeant le plus souvent sur la conjonctive tarsienne inférieure, n'atteignant jamais la cornée, ne laissant aucune lésion cicatricielle et affectant d'ordinaire une évolution très lente.

Par suite nous en avons éliminé les conjonctivites aiguës à microbe bien défini, le plus souvent diplobacillaires, s'accompagnant de follicules. Celles-ci ont été réunies aux conjonctivites microbiennes déjà étudiées.

Nous n'avons pas à envisager ici la question de la dualité ou de l'unicité des conjonctivites folliculaires et de leur rapport avec la conjonctivite granuleuse.

Seule la question de savoir si elles sont ou non contagieuses et si elles doivent être étudiées dans ce travail nous intéresse.

A défaut de données précises sur l'agent causal de ces affections, l'expérience positive d'Axenfeld (1), paraît à cet égard tout à fait démonstrative. D'ailleurs, indépendamment de la bénignité de leur pronostic, ces conjonctivites ont pour nous une minime importance.

Nous n'avons pu en effet relever en 3 ans que 104 cas répondant comme caractères à la définition donnée plus haut ce qui, rapporté au chiffre total des malades venus à la consultation donne la proportion de 0,72 0/0.

1. Axenfeld. « Contribution à l'étiologie des inflam. conjonctivales ». *Compte-rendu* du 25e congrès d'Heidelberg, 1896.

Nous sommes bien loin des chiffres donnés par les auteurs qui ont recherché la conjonctive folliculaire dans les écoles et qui, dans tous les pays, ont noté l'extrême fréquence de celle-ci chez les jeunes sujets :

Schmidt-Rimpler (1) sur 1,662 écoliers de Hesse-Nassau trouve 459 porteurs de follicules conjonctivaux, soit 27 0/0.

Delbès (2) sur 2.540 élèves des écoles de Périgueux note une proportion de 38 0/0 pour les filles et de 35,5 0/0 pour les garçons atteints de cette affection.

Plus récemment, Greef (3) s'est livré à des recherches analogues dans plusieurs écoles de Berlin et a trouvé une proportion d'écoliers atteints variant entre 14 et 31 0/0.

L'énorme différence existant entre ces divers résultats et ceux que nous avons obtenus, s'explique d'ailleurs facilement, par l'évolution très lente et la bénignité des symptômes de la conjonctivite folliculaire, qui amène rarement à elle seule, le malade à la consultation et doit être systématiquement recherchée.

Conjonctivites avec végétations.

Dans ce groupe, n'entrent naturellement pas, les conjonctivites bien définies étiologiquement, pour lesquelles, la réaction de la muqueuse oculaire contre l'agent pathogène se traduit par la formation de végétations. Nous l'avons constitué en réunissant les conjonctivites répondant au type suivant pris dans une observation due à M. Morax et que nous résumons ici :

N° 4867. R. Catherine, 53 ans, 19 avril 1904. — Rien d'intéressant dans les antécédents familiaux.

1. Schmidt-Rimpler. « Trachome et conjonctivite folliculaire. Son traitement par la pince à rouleaux ». *Berlin. Klin. Wochen.* 1895. N° 1.

2. Delbès. « Questions d'hygiène scolaire. La conj. folliculaire ». *Bull. et mém. de la Soc. française d'ophtalmolagie*, 1899.

3. Greef. « Augenärtzliche und hygienische Schuluntersuchungen ». *Klin. Jahrb*, XIII. — Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophtalmologie, 1905. N° 2.

La malade s'est mariée deux fois : pas de renseignements sur l'état de santé du premier mari. Elle a eu de lui 4 enfants dont deux sont morts du croup et deux vivants et bien portants.

Le deuxième mari est mort d'une fluxion de poitrine ; 3 enfants sont issus de ce mariage et sont morts, les deux premiers de méningite à 6 ans et à 29 mois, le troisième de tuberculose pulmonaire à 7 ans.

Le malade a eu une phlébite à la jambe gauche à la suite de sa dernière couche.

Elle est employée dans une usine au triage de chiffons, en compagnie de 50 autres employés dont aucun n'a d'affection oculaire Ce travail produit beaucoup de poussière.

Depuis 3 semaines seulement les yeux de la malade rougissent : l'œil gauche a commencé et le droit n'a suivi que 7 à 8 jours après.

Etat actuel. — Paupières collées le matin. Pas de douleurs mais des démangeaisons très vives plus marquées le soir et s'accompagnant de larmoiement ; très peu de sécrétion muco-purulente.

Signes objectifs. — Paupières normales. Pas de sécrétion dans l'angle interne. Rien au niveau des cils. Conjonctive bulbaire à peine vascularisée.

Conjonctive tarsienne inférieure droite d'aspect anormal ; celle-ci, épaissie, est semée de saillies fines, gris rosé, du volume d'une tête d'épingle, et s'étendant, en arrière jusqu'au fond du cul de sac, en avant jusqu'à 4 à 5 millimètres en arrière du bord de la paupière ; à gauche même état avec rougeur moins marquée de la conjonctive.

La caroncule et le repli semilunaire ne présente aucune végétation ni saillie mais un épaississement manifeste.

La conjonctive tarsienne supérieure est aussi recouverte de nodules et présente également un aspect parqueté tout particulier. Les nodules sont très marqués aussi au niveau du cul de sac supérieur où, la conjonctive forme un véritable bourrelet. Ce bourrelet est plus rouge que la conjonctive tarsienne rendue plus blanche et plus brillante.

Examen bactériologique. — Frottis : nombreuses cellules polynucléaires, fibrine ; pas de formes microbiennes. Cultures sur gélose ascite : aucun résultat.

21 *avril* 1904. — Un nouvel ensemencement de la sécrétion n'a fourni que du bacille massué, un frottis sur lame n'a donné que des leucocytes polynucléaires.

Traitement. — Collyre au sulfate de cuivre au 1/40 2 fois par jour.

1^er^ *mai* 1904. — Même état.

8 *mai.* — Les saillies conjonctivales sont peut être moins apparentes ; l'œil droit n'a plus de sécrétion, l'œil gauche secrète encore.

15 et 26 *mai.* — Même état. Massage de la conjonctive avec la poudre : sulfate de cuivre 1, acide borique 1.000.

12 *juin.* — Amélioration : les saillies ont diminué, surtout au niveau de la conjonctive tarsienne.

26 *juin.* — Même état papillaire des conjonctives tarsiennes supérieures des deux yeux. Pas de sécrétion, pas d'agglutinement matinal. Sensation de raideur le matin, qui disparaît après l'installation du collyre. Rien à la cornée.

10 et 24 *juillet.* — Même état. Sulfate de cuivre à 0,50 pour 10 grammes.

9 *octobre.* — Très léger état papillaire de la conjonctive inférieure. Rien à la conjonctive tarsienne supérieure et bulbaire. Plus de sécrétion.

13 *novembre.* — Même état.

19 *février* 1905 — Aspect folliculaire peu marqué de la conjonctive palpébrale inférieure.

8 *septembre* — 1905. Aspect folliculaire très peu marqué des conjonctives palpébrales. Injection à la partie inférieure du limbe.

19 *octobre.* — Trois zones d'infiltration cornéenne à la périphérie de la cornée, en dehors du champ pupillaire A la loupe binoculaire on voit que l'infiltration occupe la cornée toute entière et qu'il y a une zone de vaisseaux fins partant de la profondeur. Il s'agirait donc d'une kératite interstitielle.

Traitement. — Atropine ; pilules de protoiodure.

26 *octobre.* — Le trouble cornéen semble avoir diminué ainsi que l'injection conjonctivale

8 *novembre.* — Même état.

La malade a cessé de venir à la consultation.

Nous avons relevé seulement 12 conjonctivites répondant à ce type clinique.

Leur bilatéralité habituelle, la présence fréquente d'une adénopathie préauriculaire, laissant soupçonner une origine infectieuse, permettent de supposer, à défaut d'autres données étiologiques, qu'il s'agit là de maladies transmissibles.

Mais cette transmissibilité, si elle existe, a pour nous une importance secondaire, étant donné le peu de fréquence de ces conjonctivites à la consultation.

Conjonctivite de Parinaud

Nous n'avons pas à définir ici, ce type clinique aujourd'hui bien connu. Si nous lui réservons un paragraphe c'est à cause de l'étiologie animale, admise par Parinaud pour ces conjonctivites.

Deux cas seulement sont venus en 3 ans à la consultation.

Nous croyons inutile de reproduire ici les observations qui les accompagnent et nous nous contenterons d'en résumer les données étiologiques.

Le premier cas (obs. n° 3593) se rapporte à un enfant de 13 ans.

Le père du malade, employé de bureau, est bien portant ; il a trois autres enfants qui ne présentent rien de particulier à signaler.

Pas d'animaux dans la maison sauf un petit chien de 10 mois qui est bien portant.

Dans le voisinage, ni boucherie, ni industrie ayant avec les animaux un rapport quelconque.

Le deuxième cas (obsv. n° 9432) a trait à un homme de 45 ans.

Le malade exerce la profession de déménageur, chef d'équipe. Il a deux chevaux à soigner tous les matins mais couche chez lui. Il possède également un chien, qui d'ailleurs est bien portant.

4 de ses camarades auraient eu comme lui mal aux yeux (?) à la même époque.

On voit que si dans ce dernier cas, la contagion d'origine animale peut à la rigueur être soupçonnée, la première observation par contre, ne plaide pas autant en faveur de l'hypothèse de Parinaud.

*
* *

Tuberculose de la conjonctive. — Nous n'envisagerons pas ici les cas de tuberculose conjonctivale, consécutive à l'extension à la muqueuse oculaire, de lésions lupiques de la face.

Les lésions tuberculeuses de la conjonctive ont croyons-nous, peu d'intérêt, si on les considère au point de vue qui nous occupe : n'étant pas toujours ulcératives, elles ne présentent guère de

chances de contagion dans ces conditions. Si les malades sont dangereux pour leurs voisins c'est surtout grâce aux lésions pulmonaires ouvertes dont certain d'entre eux peuvent être porteurs.

Il s'agit d'ailleurs d'une affection très rare, puisque nous en avons relevé seulement 4 cas en 3 ans.

Nous nous sommes surtout préoccupés de rechercher quelle était la fréquence des lésions pulmonaires; malheureusement nous n'avons pu retrouver l'observation de l'un de ces cas (n° 8430).

Les trois autres se rapportent à des formes cliniques différentes.

Le premier (n° 4160) a trait à une forme bourgeonnante bilatérale. Il n'y a pas d'ulcération mais la conjonctive est semée de granulations grisâtres.

La cornée droite est complètement ramollie, grisâtre. Le malade présente l'adénopathie caractéristique.

De plus le sommet des deux *poumons sont le siège de lésions actives et les crachats contiennent du bacille de Koch.*

Le dernier malade (n° 9538) présente aussi des lésions conjonctivales bilatérales. Il s'agit de tuberculose à forme végétante sans granulations ni ulcération.

Le ganglion préauriculaire atteint le volume d'un œuf de pigeon.

Rien aux poumons, rien au rhinopharynx. Bonne santé générale.

La troisième observation (n° 9954) se rapporte à un cas publié par M. Morax (1).

Le malade, chez qui la lésion conjonctivale fut d'abord méconnue, fut soigné pendant 18 jours dans le pavillon d'isolement d'un service de contagieux, l'adénopathie préauriculaire ayant fait porter le diagnostic d'oreillons.

L'œil gauche seul est atteint. Il s'agit encore d'un type végé-

1. Morax. *Encyclopédie française d'ophtalmologie.* « Tuberculose primitive de la conjonctive ».

tant, mais à forme de végétations papillaires. La conjonctive du cul de sac supérieur très hypertrophiée est semée de points jaunâtres légèrement saillants qui se réunissent pour former en un point une légère érosion superficielle d'aspect gris jaunâtre, à bords très irréguliers.

Rien aux poumons.

DEUXIÈME PARTIE

MALADIES NON EXCLUSIVEMENT OCULAIRES

Ainsi que nous l'avons fait remarquer au début de ce travail, un certain nombre d'affections capable d'avoir sur le globe oculaire ou ses annexes un retentissement secondaire, amènent dans les consultations d'yeux, des malades dont l'étude fait pour un temps sortir l'ophtalmologiste de son champ habituel d'investigations.

Elles sont nombreuses, mais étant donné le peu d'importance des unes, la contagiosité faible ou douteuse des autres (exception faite pour les fièvres éruptives), nous passerons rapidement sur elles et réduirons en partie ce chapitre aux proportions d'une simple énumération.

Néoplasies cutanées contagieuses.

Nous n'avons à mentionner dans ce chapitre que 3 cas de Molluscum contagiosum.

Le sujet est de peu d'importance et si nous en faisons mention, c'est parce que les faits cliniques rapportés par Mittendorf, Tommasoli, Hardy, Caillault, Dubois-Havenith et les inoculations positives de Retzius, Vidal, Haab et Stanziale prouvent la contagiosité de cette maladie.

Affections cutanées a parasites animaux ou végétaux

Ce chapitre, aussi peu étendu que le précédent, se réduit aux faits suivants :

Phtiriase.	1 cas
Favus.	1 —
Sycosis de la lèvre supérieure	2 —

Affections cutanées microbiennes

Lupus vulgaire.

Le lupus de la face n'est pas absolument rare dans les consultations d'ophtalmologie : il y amène des malades atteints de lésions primitives ou secondaires des voies lacrymales, de tuberculose cutanée des paupières ou présentant de l'envahissement secondaire de la conjonctive et du globe oculaire.

Voici d'ailleurs le total des cas relevés :

Mars 1903 à mars 1904	11 cas
Mars 1904 à mars 1905	3 cas
Mars 1905 à mars 1906	6 cas

Au total 20 cas pour une période de trois années.

Il s'agit, il est vrai, de lésions tuberculeuses à virulence très faible, et ces malades sont dangereux pour leurs voisins, surtout par les lésions pulmonaires ouvertes, dont certains d'entre eux sont porteurs.

Lèpre.

Ce que nous avons dit de la tuberculose cutanée, peut se dire de la lèpre, avec cette différence que, dans nos pays, la première est bien plus fréquente que la seconde. Il s'agit exclusivement de malades ayant fait un séjour prolongé dans des pays à lèpre et nous avons relevé seulement 6 cas de cette maladie dans notre statistique. Les sujets ont tous été amenés par des

complications cornéennes ou irido-choroïdiennes de leur maladie.

Nous n'avons pas à discuter ici la non-contagiosité de la lèpre que quelques médecins admettent encore aujourd'hui et qui semble avoir été fort ébranlée par la découverte du bacille de A. Hansen. Nous ferons seulement remarquer, quoique les conditions de contagion de la maladie soient encore indéterminées, qu'il est bien peu conforme aux prescriptions de la conférence de Berlin de 1901, de laisser des lépreux au contact d'autres malades dans la salle d'attente d'une consultation.

Impetigo.

L'impetigo et les manifestations oculaires dites impétigineuses, comptent parmi les affections que l'ophtalmologiste a le plus souvent l'occasion d'étudier. Nous n'oserions parler d'isolement pour ces malades, mais la contagiosité de l'impetigo, admise aujourd'hui par tous les dermatologistes, nous oblige à réserver un chapitre à cette maladie.

Cette contagiosité est prouvée journellement par la coexistence de plusieurs cas d'impetigo dans la même famille, par le développement de cette affection chez les nourrices et les parents d'enfants présentant des lésions cutanées impétigineuses, par les épidémies que l'on observe fréquemment dans les écoles et les asiles d'enfants.

Les expériences de Vidal (1) ont d'ailleurs montré son inoculabilité et expliqué le mécanisme de son transport par le grattage sur des régions atteintes de prurit.

Il n'en est pas de même des manifestations kérato conjonctivales, attribuées encore aujourd'hui à l'impetigo. Les expériences manquent à ce sujet et d'ailleurs, l'observation clinique n'autorise guère à admettre la possibilité d'une transmissibilité directe,

1. E. Vidal, *Inoculabilité de quelques lésions cutanées. Congrès international des sciences médicales.* Genève, 1887.

analogue à celle que nous avons étudiée pour les conjonctivites contagieuses.

C'est pourquoi, nous n'avons pas traité cette question dans le chapitre réservé aux affections contagieuses de la conjonctive, et avons surtout considéré ces malades, en tant que porteurs de lésions cutanées ou muqueuses transmissibles.

Nous avons donc rangé dans ce chapitre, non seulement les cas assez rares d'impetigo proprement dit de la face ou du cuir chevelu mais encore les manifestations conjonctivales ou cornéennes dits impetigineuses et dont la petite lésion éruptive, désignée à tort sous le nom de phlyctène, constitue un des signes principaux. Il est d'ailleurs certain que dans ce groupe, sont rangées des affections de nature différente que l'insuffisance de nos connaissances actuelles (en rhinologie surtout), ne nous permet pas de séparer. Il va sans dire aussi, que les cas de lésions phlycténulaires manifestement dues à des agents microbiens au cours de conjonctivites déterminées (bacille de Weeks, diplobacille, pneumocoque), ont été réunis à ces dernières.

Voici comment se répartissent les lésions attribuées à l'impetigo :

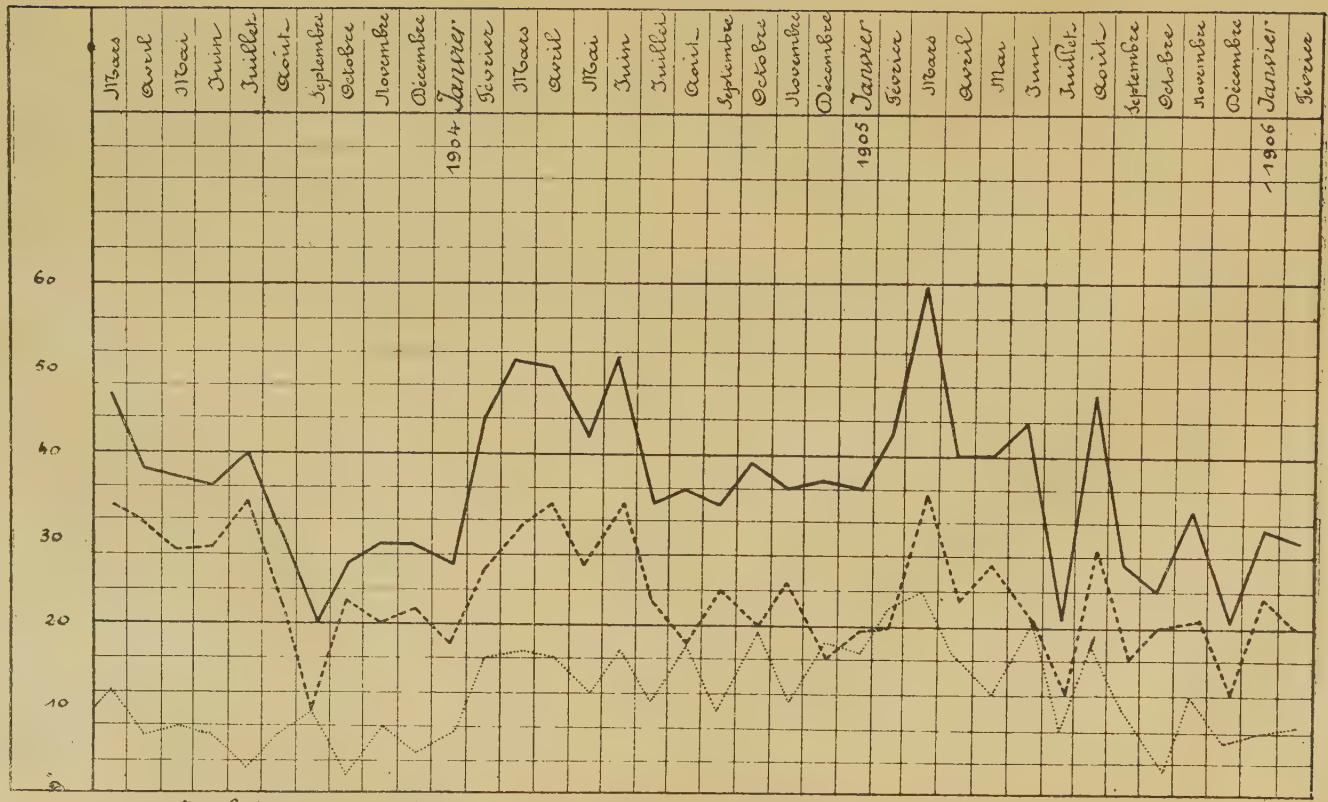
Impetigo de la face ou du cuir chevelu sans lésions oculaires.	31 cas
Conjonctivite et blepharo conjonctivites impetigineuses. .	430 —
Phlyctènes kératiques ou périkératiques.	849 —
Total. . . .	1.310 cas

On voit que l'impetigo et les manifestations oculaires qu'on lui attribue, constitue un groupe presque aussi important que celui des conjonctivites d'origine bactérienne déterminée, représentant comme ces dernières le 1/10 environ du chiffre total des consultants.

La prédilection qu'ont les lésions phlycténulaires pour la cornée, est remarquable et leur nombre est exactement double de celui des lésions analogues de la conjonctive et des paupières.

Nous n'insisterons pas davantage sur l'impetigo et ses manifestations oculaires. Le tableau ci-contre (tableau VII) montre

TABLEAU VII


Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
Janvier
1904
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
Janvier
1905
Février
Mars
Avril
Mai
Juin
Juillet
Août
Septembre
Octobre
Novembre
Décembre
Janvier
1906
Février
60
50
40
30
20
10
0
Total des cas d'impetigo et des manifestations impetiginieuses oculaires.
Conjonctivite et Blépharo-conjonctivite impetiginieuses.
Phlyctènes kératiques et périkératiques.

mieux que toute description, quelles ont été les variations mensuelles du nombre des cas observés.

Processus inflammatoires généraux

Nous avons groupé dans ce chapitre, quelques cas d'érysipèle, de coqueluche et les fièvres éruptives.

La présence de semblables malades dans une consultation d'ophtalmologie s'explique facilement. Les cas d'érysipèle : érysipèle de paupières ou péricystite érysipélateuse se sont produits chez des sujets atteints d'affections des voies lacrymales. La coqueluche et les fièvres éruptives, méconnues en ville, à leur début, ont surtout attiré l'attention du côté des yeux des malades, soit par le larmoiement qu'elles occasionnaient, soit par la présence au voisinage de l'œil ou sur la conjonctive elle-même, d'éléments éruptifs.

C'est ce qui arriva pour le cas de variole que nous relatons plus loin.

Nous reproduisons ici l'observation d'un érysipèle de la face qui au début fit songer à une conjonctivite diphtérique.

Ch... Marie, 35 ans. La malade vient consulter le 14 avril 1903, dans les conditions suivantes. Depuis le 5 avril elle ne se sent pas bien, elle souffre de la tête, de la gorge, n'a plus d'appétit, et doit cesser tout travail. Le 12 avril au matin son œil gauche est collé, les paupières souillées par une abondante sécrétion qui coule sur la joue.

La malade se sent si fatiguée qu'elle doit garder le lit ce jour là.

Le 14 avril elle fait appeler un médecin qui, voyant son mauvais état général lui conseille d'entrer à l'hôpital, ce qu'elle fait immédiatement.

A l'examen on constate de la rougeur et de la tuméfaction marquées des paupières de l'œil gauche ; la fente palpébrale laisse sourdre une sécrétion purulente très abondante.

En écartant les paupières, ce qui se fait très difficilement, on voit la conjonctive couverte de fausses membranes.

La gorge est également tapissée d'exsudats pseudo-membraneux. L'état général est mauvais. La température vaginale s'élève à 39°,2.

Injection de 10 cc. de sérum antidiphtérique.

15 *avril.* — Même état. Injection de 20 cc. de sérum antidiphtérique.

16 *avril.* — Les paupières sont toujours fermées, un peu œdématiées et de teinte angioleucitique.

La rougeur et la tuméfaction s'étendent également sur la base du nez, la région temporale, le front, au niveau duquel la pression est un peu douloureuse.

En écartant les paupières, il s'écoule un flot de pus gris jaunâtre, si abondant qu'il semble provenir de l'ouverture d'une collection purulente. La conjonctive est encore injectée mais ne présente aucune fausse membrane.

Température vaginale à 40°,6. Délire dans la journée et la nuit ; langue saburrale, abattement.

Injection de 100 cmc. de sérum artificiel.

17 *avril.* — La teinte erysipélateuse s'est étendue à toute la face sauf le menton et les lèvres. Le cuir chevelu est douloureux à la pression.

Les paupières du côté gauche ont une teinte plus violacée que les téguments avoisinants.

Elles s'écartent de quelques millimètres. La sécrétion purulente est tarie.

La température à 7 heures du matin est de 40°,6.

Albumine en assez grande quantité dans les urines,

Injection de 20 cc. de sérum de Marmoreck.

18 *avril.* — On constate la présence au niveau de la joue droite et des oreilles, de bulles volumineuses contenant un liquide citrin. L'œdème des téguments est moins considérable.

La température matinale est encore de 40°, celle du soir 39°,3.

19 *avril.* — L'œdème de la face a disparu, mais l'oreille droite sur laquelle les bulles persistent, est tuméfiée.

La température du matin et du soir, celle aussi du 20 avril oscille entre 39° et 39°,5.

21 *avril.* — La température du matin tombe brusquement à la normale et y reste toute la journée ainsi que le lendemain.

23 *avril.* — A 9 heures du soir il se produit brusquement un frisson et le thermomètre s'élève à 39°,3 pour redescendre le lendemain à la normale et s'y maintient deux jours pour remonter le 25 au soir à 38°,5.

Après 3 jours de fièvre le thermomètre redescend définitivement à la normale.

L'auscultation du cœur révèle un frémissement présystolique, un

léger souffle présystolique et un dédoublement du second bruit symptomatiques d'un retrécissement mitral.

L'observation s'arrête là et nous n'avons pu savoir ce qu'était devenue la malade.

L'évacuation immédiate sur un service de contagieux, de sujets atteints d'affections de ce genre fait que nous n'avons malheureusement aucun détail sur la plupart des cas observés et que nous sommes presque réduits, à faire la simple énumération suivante :

Coqueluche . .	2 cas : juillet 1904 et mars 1905.
Erysipèle . . .	4 cas : avril 1903, août, octobre et novembre 1904.
Fièvres éruptives.	6 cas (?).

Le nombre des cas de fièvres éruptives observés, est naturellement fort petit. Malgré cela la grande contagiosité et la gravité de ces maladies, leur donnent un grand intérêt.

La rougeole n'est pas représentée dans cette statistique, ce qui peut étonner au premier abord, étant donné la fréquence d'une conjonctivite légère au début de la maladie. Il est très probable qu'un certain nombre de malades présentant cette conjonctivite morbilleuse, pure ou compliquée d'infection secondaire, viennent dans les consultations d'ophtalmologie alors que l'absence de fièvre et d'éruption, ne permet pas encore de poser le diagnostic. D'autre part, si on interroge les parents des enfants atteints de blépharo conjonctivite, de phlyctène de la cornée, on apprend que peu de temps avant, un certain nombre de ces derniers ont eu la rougeole : il est vrai que chez eux, contrairement aux malades de la 1re catégorie, l'affection n'est plus contagieuse et n'a aucun intérêt pour nous. Mais nous sommes portés à croire que la rougeole, aux périodes où elle est extrêmement diffusible, est, à cause de la longueur des périodes d'incubation et d'invasion, plus souvent méconnue qu'absente dans les consultations d'ophtalmologie,

Voici comment se répartissent les cas de fièvres éruptives constatés :

Rubéole. . . .	1 cas (juillet 1904).
Varicelle . . .	3 cas (mars 1903, février et mars 1904).
Variole. , . .	2 cas (juillet et août 1905).

Ces deux cas de variole se sont présentés, au moment de l'épidémie de variole, qui a sévi sur le quartier du Temple durant l'été de 1905.

Nous n'avons pas d'observation sur le second de ces malades (pour lequel le diagnostic de variole, est d'ailleurs donné comme douteux) la malade ayant été envoyée à Aubervilliers. Il s'agissait d'une fillette de 5 ans que ses parents avaient amenée à la consultation d'ophtalmologie parce qu'elle présentait de l'infiltration des deux cornées.

Le deuxième cas, a trait à une variole atténuée fruste que nous avons pu observer nous même et dont nous résumons ici l'observation :

N° 12.000 De .. Gustave, 30 ans, mécanicien. 27 juillet 1905.

Le malade habite Levallois mais travaille dans le quartier du Temple. Il a toujours joui d'une bonne santé et aurait été vacciné avec succès il y a une dizaine d'années.

Sa femme, qui l'accompagne à la consultation est très bien portante. Elle aussi a été vaccinée, une première fois dans l'enfance, une 2e fois il y a 8 ans chaque fois avec un résultat positif assure-t-elle.

Ils ont 5 enfants âgés de 8, 6, 5, 2 ans et 8 mois. Tous sont actuellement bien portants et sont vaccinés sauf la plus jeune.

Depuis le jeudi 20 juillet, le malade se sent courbaturé, mal à son aise, sans appétit.

Deux jours après, le samedi, à ces troubles s'ajoute une rachialgie assez intense et la fièvre apparaît ; un médecin appelé, prescrit des cachets.

Dans la nuit du samedi au dimanche se produisent des vomissements et dans la matinée du dimanche apparaît l'éruption.

Le lendemain les yeux deviennent rouges. Le malade est toujours abattu.

Le 27 juillet, les troubles oculaires persistent, il vient à la consultation d'ophtalmologie.

A l'examen, le malade est très abattu ; il se plaint d'un rachialgie assez

intense à siège lombaire, de céphalée frontale avec photophobie. Les yeux sont larmoyants et rouges.

La peau est chaude, le pouls rapide. L'haleine est fétide, la langue blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords, la gorge rouge.

Le malade présente quelques rares pustules sur le visage, le tronc et les membres ; elles sont un peu plus abondantes sur les mains et les poignets, mais en somme, l'éruption est extrêmement discrète. Ces pustules sont peu volumineuses, entourées d'une faible auréole inflammatoire. Celles qui siègent sur les mains sont de plus, ombiliquées à leur centre.

La conjonctive bulbaire des deux yeux est vascularisée, surtout vers l'angle externe et l'épisclère participe à cette vascularisation assez intense. De petites saillies soulèvent la conjonctive mais il n'existe pas d'éléments éruptifs nettement délimités.

A droite on note la présence d'un petit ganglion préauriculaire.

Ce malade a été immédiatement envoyé à l'hôpital d'Aubervilliers.

TROISIÈME PARTIE

LA SYPHILIS

Nous ne reviendrons pas ici sur les raisons qui nous ont déterminé à consacrer un chapitre à la syphilis : le désir d'établir dans notre classification une transition entre les affections contagieuses et non contagieuses, l'intérêt surtout documentaire s'attachant à une statistique portant sur la totalité des cas d'une même consultation, nous ont principalement guidés dans sa rédaction.

Dès le début nous nous sommes heurtés à une grosse difficulté, celle d'ailleurs que rencontre souvent le clinicien dans le diagnostic de la syphilis, qu'elle soit héréditaire ou acquise : s'il est des cas où ce dernier s'impose ou est tout au moins facilement posé, il en est d'autres, tout aussi nombreux, où le doute touchant la nature de la maladie, persiste malgré les investigations les plus minutieuses. Aussi avons-nous tout de suite du renoncer, à donner une proportion exacte des cas observés et été obligés de nous contenter, d'une approximation aussi voisine que possible de la vérité. Pour cela nous avons établi deux groupes de faits :

D'une part le cas où la syphilis était certaine, soit du fait des déclarations de malades nettement renseignés sur leurs antécédents spécifiques, soit grâce à la présence de lésions ou d'antécédents assez caractéristiques pour imposer le dignostic. De la

sorte nous avons obtenu un total évidemment trop faible, limite minima de notre approximation.

Le maximum de celle-ci a été déterminé grâce à l'appoint des cas à syphilis seulement probable ou même douteuse : lésions ou antécédents suspects, notion de la plus grande fréquence de la syphilis parmi les causes de la lésion observée impossibilité ou difficulté d'admettre une étiologie différente. Ainsi a été obtenu un chiffre évidemment trop fort. D'ailleurs, la lecture d'observations même bien prises ne remplace pas l'examen direct du malade : dans beaucoup de cas ce dernier eut peut-être modifié notre impression et nous eut permis de classer le malade dans une catégorie différente et de rapprocher les limites d'une approximation qui reste malgré tout grossière.

Nous avions eu d'abord l'intention de dresser une statistique se rapportant à la fréquence des lésions cutanées ou muqueuses vraiment contagieuses, mais nous avons du y renoncer faute de documents. A cause de cela, cette statistique perd beaucoup de sa valeur pratique.

C'est pourquoi nous nous contenterons d'en indiquer brièvement les résultats sans essayer de tirer des conclusions autres que celles se dégageant immédiatement des chiffres.

En 3 années les malades atteints ou suspects de syphilis se sont répartis ainsi :

Malades manifestement atteints de syphilis.	618
Malades atteints de syphilis probable ou seulement douteuse .	469
Total	1.087

Ainsi le nombre total de syphilitiques ayant fréquenté la consultation de Lariboisière durant la période considérée est certainement placé entre 618 et 1.087, chiffres qui, rapportés au total des malades (14.528) de la consultation donnent comme limites 4,25 et 7,48 0/0.

Les tabétiques fournissent à ce total un appoint de 111 cas (soit un peu plus de 1/10) comprenant 51 malades renseignés sur leurs antécédents syphilitiques et 60 ignorants de toute syphilis antérieure.

Afin d'éviter d'inutiles développements, nous avons groupés dans un tableau les résultats obtenus pour chaque appareil.

	Total des cas par appareil		Pour cent lésions syphilitiques	
	Minima	Maxima	Minima	Maxima
Paupières	11	11	1 77	1 01
Voies lacrymales et syphilis nasale	17	18	2 75	1 6
Orbite	7	9	1 13	0 82
Conjonctive	2	2	0 32	0 18
Cornée	74	147	11 97	13 52
Sclérotique	20	51	3 2	4 69
Iris	137	205	22 16	18 85
Choroïde et corps ciliaire	99	171	16 02	15 73
Rétine	29	48	4 69	4 41
Nerf optique — chez les non tabétiques	38	113	9 06	13 61
Nerf optique — chez les tabétiques	18	35		
Muscles — chez les non tabétiques	52	112	10 07	12 78
Muscles — chez les tabétiques	14	27		
Troubles pupillaires — Isolés	18	22		
Troubles pupillaires — chez les tabétiques	19	49	6 14	6 8
Troubles pupillaires — chez les paralyt. généraux.	1	3		
Encéphale	2	4	0 32	0 36
Malades sans lésions oculaires spécifiques.	60	60	9 7	5 52
	618	1.087		

Dans les deux premières colonnes sont les chiffres indiquant le total des manifestations spécifiques présentées pendant 3 ans par l'organe considéré; les deux dernières indiquent le rapport de ce chiffre au total des manifestations spécifiques observées.

Il est à remarquer que les rapports des chiffres minima (syphilis certaine) au total minimum, sont plus élevés que celui des

chiffres maxima (syphilis probable ou douteuse) au total maximum, sauf pour la cornée, la sclérotique, la pupille, les muscles et le nerf optique. C'est donc pour ces appareils qu'ont été observés le plus grand nombre de cas douteux et où par conséquent l'erreur, commise par nous, doit être la plus forte.

CONCLUSIONS

Sans avoir la prétention de chercher à généraliser, ni même celle de croire que les résultats que nous avons enregistrés ont plus de valeur qu'une simple approximation, nous croyons avoir le droit de formuler les conclusions suivantes :

1°) Les consultations d'ophtalmologie reçoivent une très forte proportion de maladies contagieuses par les exsudats.

Celle de l'hôpital Lariboisière a, en 3 ans, sur un total de 14.528 malades, vu passer 2.084 affections manifestement ou très probablement transmissibles, soit 14,35 0/0 ; ceci, sans compter les manifestations diverses de la syphilis et celles attribuées à l'impetigo (1).

2°) Les conjonctivites, entrent pour la plus forte part dans ce chiffre et les seules conjonctivites bactériennes de nature déterminée, forment les 12 0/0 du total des consultants.

La fréquence de chacune d'elles est soumise à des oscillations très étendues mais qui, à quelques exceptions (d'ailleurs peu

(1) Nous croyons devoir faire remarquer que les malades auxquels ces chiffres se rapportent, ont presque tous subi leur traitement à la consultation et que de ce fait certains y sont revenus 10, 15 fois et plus.

Il faudrait donc, pour avoir le chiffre exact des malades contagieux ayant stationné dans la salle d'attente durant les trois années sur lesquelles a porté cette étude, multiplier le nombre que nous avons indiqué, par un coefficient naturellement impossible à déterminer, mais certainement assez élevé.

nettes) près, ne paraissent pas obéir aux variations saisonnières, contrairement à ce qui s'observe pour certains pays, notamment en Egypte.

3°) Les maladies contagieuses non oculaires sont très variées, mais, ou peu nombreuses, exception faite pour les manifestations attribuées à l'impetigo, ou peu contagieuses, exception faite pour les fièvres éruptives.

4°) La proportion par rapport au total des consultants, des manifestations diverses de la syphilis, oscille vraisemblablement entre 4,25 et 7,48 0/0.

*
* *

Ce chiffre important d'affections contagieuses nous amène à envisager la question de leur prophylaxie.

Il n'est pas nécessaire de discuter la nécessité d'isoler immédiatement les malades atteints d'une fièvre éruptive, d'érysipèle ou de lèpre, pas plus qu'on ne saurait, croyons-nous, parler d'isolement à propos de l'impetigo ou des manifestations de la syphilis.

Ce sont les inflammations de la conjonctive que nous aurons surtout en vue ici.

Il n'y a pas lieu d'insister longuement sur la faible résistance aujourd'hui bien connue des microorganismes spécifiques de la conjonctive humaine : le bacille de Weeks ne résiste pas plus de 3 heures à la dessication ; le diplobacille, le gonocoque ont, en dehors de l'organisme une vitalité tout aussi faible. Le bacille de Lœffler seul peut conserver sa virulence pendant un temps assez long dans ces conditions mais nous avons vu quelle était la rareté des conjonctivites diphtériques.

En résumé, la transmission des conjonctivites contagieuses paraît bien se faire dans tous les cas, par contagion directe et ceci nous conduit à admettre aussi pour elles, l'idée de l'isolement préventif dans les salles d'attentes des consultations.

D ailleurs, l'encombrement de ces dernières et aussi ce fait, que beaucoup de malades sont des enfants qu'il est bien difficile d'empêcher de se mettre en contact les uns avec les autres

au cours d'une attente parfois très longue, militent en faveur de cette manière de procéder.

Une telle mesure n'entraînerait d'ailleurs aucune complication dans le fonctionnement d'une consultation, et serait d'une organisation très simple, un diminutif de la « sélection » qui se pratique tous les jours dans les hôpitaux d'enfants. En effet, une personne étrangère à l'art médical pourrait facilement, avec un peu d'habitude, classer et isoler dans une salle spéciale les malades présentant de la rougeur des yeux et de l'agglutinement des paupières.

En matière de maladies contagieuses, un surcroit de précautions ne saurait passer pour exagéré, et d'ailleurs, ce classement sommaire préventif, en facilitant le service de la consultation, permettrait de retenir des affections qui, comme les fièvres éruptives, présentent un indiscutable danger.

VU :
Le Président de la thèse,
DE LAPERSONNE.

VU :
Le Doyen,
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION 1

PREMIÈRE PARTIE

Les affections contagieuses de l'œil et des annexes.

Les conjonctivites 5
Conjonctivites causées par des microbes spécifiques de la conjonctive humaine 7
Conjonctivites gonococciques 18
Conjonctivites causées par des microbes non spécifiques de la conjonctive humaine. 29
Conjonctivites de nature encore indéterminée. 39
Tuberculose de la conjonctive 48

DEUXIEME PARTIE

Maladies non exclusivement oculaires.

Néoplasies cutanées contagieuses. 51
Affections cutanées à parasites animaux ou végétaux 52
Affections cutanées microbiennes 52
Processus inflammatoires généraux. 56

TROISIEME PARTIE

La Syphilis.

CONCLUSIONS 65

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE G. JACQUES, PARIS.